

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 318

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

CLIENTE V nome d Solicitante Centro de Urg Data 15/04/20

Origem: Solicitar locação x Clínica WK Jardim x Solicitar locação

Nome: Walter Santos Faria Idade 33 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Bradesco Nº CARTEIRINHA 775317000299003

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 177572	km 177591	km 17754	km 177652
	Hora Chegada 14:45	Hora Chegada 15:40	Hora Chegada 17:25	
Hora	Hora Saída 15:00 Vista Origem Campos Uboldino CORON-SP 511879-ENF	Hora Saída 16:40 Vista Destino Araripe C Campos U-	Hora Saída 17:50 Vista Destino Araripe C Campos U- CORON-SP 511879-ENF	Hora 18:40

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

Resposta Motoria

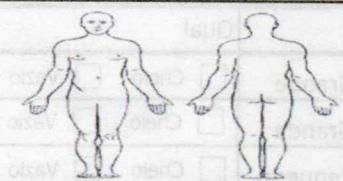
- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									

AUP
MS(5)
3=20



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente. Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso. Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada.

Nome	assinatura
------	------------

RG/CPF	
--------	--

Observações Médicas / Enfermeiros

14:45 h - Chega ao hospital de Guaporé paciente em ótico consiente, orientado, apesar, superior, normotáxico, sem A.A., mantendo A.U.I. (m N.S) (D) I=20 transpirando mo-moco e conduzido à Amputação.

15:40 h - Chega ao hospital destrito, paciente expôs orelhame.

17:05 h - Retorno ao hospital de Guaporé sem sintomas.

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável
Data

Enfermagem Responsável
Aline C. M.
Data

Condutor Socorrista
Julio R. Oliveira
Data

Luelton Santos Rosa

NASC: 14/09/1991 33 ANOS - INTERNADO
HPCAC DT ATEND: 14/04/2025 10:12
CONU: BRADESCO



4331948

Luelton

Amulana Junho

Dr(a). Dr. José Renan de Medeiros
Médico
CRM: CRM 170741

- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 --SJCampos / SP
- Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos / SP
- Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos / SP
- Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí / SP
- Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
- Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté - SP

TR

Lara

Frat

Lace

Secç

QUEIMADURAS

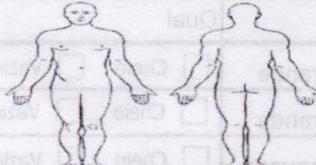
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
--	-----	------	-------	------	-------	-----	-----	-----	-----

I

II

III

AUP
MS(6)
5=20



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome

assinatura

RG/CPF