

Ficha de Acompanhamento

OS: 1735
VTR: 318 - SPRINTER

<input type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input checked="" type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: ACL SERVICOS EM SAUDE LTDA
Solicitante: CENTRAL DE VAGAS Data: 25/08/2025
Origem: HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: Cintia Maria da Silva Santana Idade: 33 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: Sulamerica NºCARTEIRINHA: 88888490989690020

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 190364	Km: 190372 Hora Chegada: 00:03	Km: 190415 Hora Chegada: 00:43	Km: 190458 Hora Chegada: 03:55	Km: 190467
Hora: 23:45	Hora Saída: 00:12 Visto Origem:	Hora Saída: 03:25 Visto Destino:	Hora Saída: 04:05 Visto Destino:	Hora: 04:27

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso 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
00:20	130*90	76	19	15	-	99	-

Abertura ocular:

Espontânea 4
voz 3 A dor 2
Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
Confusa 4
Palavras Improórias 3
Palavras Incompréencivas 2

Resposta Motoria:

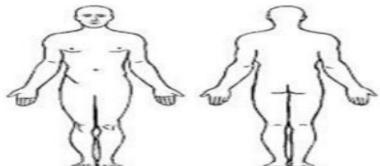
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

T	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
R	Escoriação									
A	Cont									
U	Ferim									
M	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS

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



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia 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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

PACIENTE TRANSFERIDA PARA EXAME EM SJC COM ACESSO JELCO 20 AFEBRIL, EM AA, REALIZADO EXAME E RETORNO AO DESTINO SEM INTERCORRENCIAS



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios	Outros:	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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista <i>Saulo R. D. Cesar</i> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
---	---	---