

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1766  
VTR: 520 - DUCATO

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input 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 type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM <input checked="" type="checkbox"/> T. C . HIPER	Outro:
-----------------	--------------------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--------

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 09/09/2025

Origem: HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA - X CLÍNICAS HIPERBÁRICAS - TAUBATÉ - X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA | SP TAUBATÉ | SP PINDAMONHANGABA | SP

Nome: walter miguel calvante Idade: 61 Contato: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Masculino  Feminino  
SUS/CONVENIO: bradesco NºCARTEIRINHA: 833599100019000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 143822	Km: 143829	Km: 143844	Km: 143858	Km: 143900
Hora: 07:05	Hora Chegada: 07:13	Hora Chegada: 07:47	Hora Chegada: 11:12	Hora: 11:40
	Hora Saída: 07:21	Hora Saída: 10:39	Hora Saída: 11:29	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

**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

**Abdômen**  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
------	----	----	----	---------	------	--------	-----

### Abertura ocular:

Espontânea 4  A dor 2  
voz 3  Nenhuma 1

### Resposta Verbal:

Orientada 5  
Confusa 4  
Palavras Improórias 3  
Palavras Incompréhencivas 2

### Resposta Motoria:

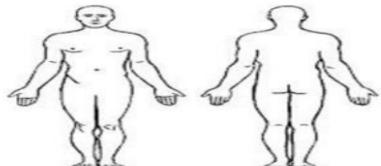
Obdece comandos 6  
Localiza Dor 5  
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3  
Extensão Anormal 2  
Nenhuma

T	R	A	U	M	A	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									



### 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

RG/CPF

Assinatura

# Observações Médicas / Enfermeiros

transferencia realizada para clinica hiperbarica para tratamento ida e volta sem intercorrências



## 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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	ERIKA DOS SANTOS FONSECA Coren/ 691032 Data ____/____/____	LUIS FERNANDO MONTEIRO CNH/ 01788036010 Data ____/____/____