

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1509

VTR: 2

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
<input type="checkbox"/> APH	<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input checked="" type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER

Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: Central de vagas Data: 08/05/2025  
 Origem: HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP X WK TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP X HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: David de moura Idade: 39 Contato: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino  
 SUS/CONVENIO: Bradesco NºCARTEIRINHA: 775317002534001

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 179638	Km: 179664	Km: 179684	Km: 179704	Km: 179727
	Hora Chegada: 07:05	Hora Chegada: 08:20	Hora Chegada: 09:45	
Hora: 06:30	Hora Saída: 07:40	Hora Saída: 09:32	Hora Saída: 09:52	Hora: 10:50
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

<b>Neurológica</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input checked="" type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
<b>Pupilas</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
<b>Respiratória</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
<b>Circulatório</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
<b>Abdomem</b>	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico
<b>Membros Superior</b>	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	<b>Membros Inferiores</b>	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	

## Sinais Vitais

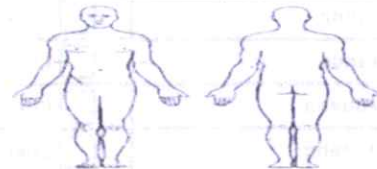
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

<b>Abertura ocular:</b>	<b>Resposta Verbal:</b>	<b>Resposta Motora:</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
		<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T									
R									
A									
U									
M									
A									

## 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 \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_  
 RG/CPF \_\_\_\_\_

## Observações Médicas / Enfermeiros


Recebo paciente deitado em leito, sem acompanhante, lote, eupneico em AA, com AVP em MSE salinizado, acomodado em maca de ambulância, e encaminhado para WK diagnose Taubaté para realização de TC de Abdômen, 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		Quanto Bar Utilizou		
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	PRISCILA ALVES DOS SANTOS - TEC. TAUBATÉ Coren/ 1143008 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____

HOSPITAL  
**POLICLIN**

Cartão De Mens

POST: 06/06/1988 - 08:00 - (INTERNO)  
PRIMEIRO ATENDIMENTO: 06/06/2016 16:45  
TOMADA: 06/06/2016



4371720

*Paulo*

*Consultório 101*

Dr. *[Signature]*  
Médico  
CRM 170744

Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (11) 3797-9800 - SJCampos-SP  
Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (11) 3797-8500 - SJCampos-SP  
Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (11) 3797-9000 - SJCampos-SP  
Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (11) 3953-1044 - Jacaré-SP  
Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (11) 3221-1000 - Caçapava-SP  
Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (11) 2125-0333 - Taubaté-SP