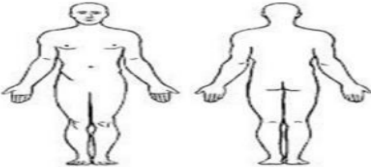


Ficha de Acompanhamento							OS: 1803			
							VTR: 318 - SPRINTER			
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR					
<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER	Outro:			
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS							Solicitante: CENTRAL VAGAS			
Data: 16/10/2025										
Origem: HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA   SP							X CLÍNICAS HIPERBÁRICAS - TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP			
X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA   SP										
Nome: WARTER MIGUEL CALVENTE							Idade: 61			
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino							<input type="checkbox"/> Feminino			
SUS/CONVENIO: BRADESCO							NºCARTEIRINHA: 0101			
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base		
Km: 194200		Km: 194402		Km: 194425		Km: 194440		Km: 194442		
Hora: 07:10		Hora Saída: 07:33		Hora Saída: 10:30		Hora Saída: 11:15		Hora: 10:54		
Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:						
Neurológica		<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado		<input checked="" type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Confuso		
		<input type="checkbox"/> Comunicativo		<input type="checkbox"/> Não Verbaliza						
Pupilas		<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas		<input type="checkbox"/> Anisocorica		<input type="checkbox"/> Midriátrica		<input type="checkbox"/> Miotica		
		<input type="checkbox"/> D ou E		<input type="checkbox"/> É Maior						
Respiratória		<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico		<input type="checkbox"/> Taquipneico		<input type="checkbox"/> Bradipneico		<input type="checkbox"/> Dispneico		
		<input type="checkbox"/> Apneia								
Circulatório		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Tarquicardico		<input type="checkbox"/> Bradicardico		<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdomem		<input type="checkbox"/> Plano		<input checked="" type="checkbox"/> Globoso		<input type="checkbox"/> Escavado		<input type="checkbox"/> Flácido		
		<input type="checkbox"/> Em Avental		<input type="checkbox"/> Gravidico						
Membros Superior		<input type="checkbox"/> Alterados		<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores		<input checked="" type="checkbox"/> Alterados		
		<input type="checkbox"/> Não Alterados								
Sinais Vitais										
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		
130x80		75		20		15		36 5		
Sat O2		98		Hgt		234				
Abertura ocular:			Resposta Verbal:			Resposta Motora:				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4			<input type="checkbox"/> A dor 2			<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6				
<input type="checkbox"/> voz 3			<input type="checkbox"/> Nenhuma 1			<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5				
						<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4				
						<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
						<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2				
						<input type="checkbox"/> 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 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


Cliente encaminhado a clinica hiperbarica ida e volta sem intercorrências.



REALVIDAS

## Materiais Utilizados

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 ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____