

Ficha de Acompanhamento							OS: 1732				
							VTR: 318 - SPRINTER				
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input 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 checked="" type="checkbox"/> TRAS.F. 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: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ				Solicitante: central vagas				Data: 10/08/2025			
Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP				X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA   SP				X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA   SP			
Nome: lisandro santos prado Idade: 40 Contato:											
Sexo:		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino				<input type="checkbox"/> Feminino					
SUS/CONVENIO: unimed				NºCARTEIRINHA: 0 865 823701563200 0							
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 1		Km: 2		Km: 3		Km: 3		Km: 5			
		Hora Chegada: 22:00		Hora Chegada: 22:41		Hora Chegada: 22:41					
Hora: 21:23		Hora Saída: 22:11		Hora Saída: 22:57		Hora Saída: 22:57		Hora: 23:55			
		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"/> Anisocórica		<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 type="checkbox"/> Alterados		<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	
Sinais Vitais											
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP	
										Sat O2	
										Hgt	
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:			
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6			
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5			
<input type="checkbox"/> voz 3				<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			
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


paciente transferido sem intercorrecinas



## 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 ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____