

Ficha de Acompanhamento

OS: 1710
VTR: 798 - JUMPER

<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		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 07/08/2025

Origem: PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS - X HOSPITAL POLICLIN MATERNIDADE - SJC - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: Lívia Aragão lemonis Idade: 1 Contato: _____
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: BRADESCO N°CARTEIRINHA: 775468003239011

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 88904	Km: 88962	Km: 88963	Km: 88964	Km: 88964
Hora: 14:00	Hora Chegada: 14:30	Hora Chegada: 14:39	Hora Chegada: 15:40	Hora: 18:32
	Hora Saída: 14:35	Hora Saída: 15:30	Hora Saída: 16:00	
	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:

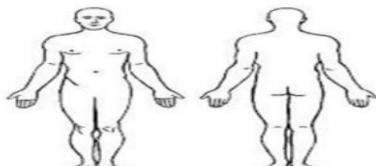
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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

Transferido RN com a mãe, de AMBULÂNCIA BÁSICO com enfermagem, respirando AA ativa, mantendo AVP em MSE GELCO 24 duplas vias, para realizar exame de usg vias urinárias, retorno com febre 36°ja medicada, acomodada no leito pós tirar da acomodação do bebê conforto, sem INTERCORRENCIAS.



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios	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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	<i>Aval</i>
Data ____/____/____	Data ____/____/____	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
		Data ____/____/____