

Ficha de Acompanhamento										OS: 1508	
										VTR: 5	
<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"/> 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: UNIMED CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO      Solicitante: Central de vagas      Data: 07/05/2025											
Origem: HOSPITAL UNIMED - TAUBATÉ   SP      X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA   SP      X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA   SP											
Nome: Fabiana Tereza Martins de Castro de Oliveira      Idade: 44      Contato:											
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino											
SUS/CONVENIO: Unimed      NºCARTEIRINHA: 00060503381587014											
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 179581		Km: 179591		Km: 179611		Km: 179611		Km: 179638			
		Hora Chegada: 12:38		Hora Chegada: 13:16		Hora Chegada: 13:16					
Hora: 12:13		Hora Saída: 12:54		Hora Saída: 13:29		Hora Saída: 13:29		Hora: 14:30			
		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	
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"/> Flexão Anormal 3			
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2			
				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2				<input type="checkbox"/> Nenhuma			
TRAUM 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


Assumo paciente na unidade Unimed Taubaté para transferência, paciente responsivo, consciente, comunicativa, Glasgow 15, refere DM, nega HAS ou outras comodidades, alérgica a látex, paciente com HD derrame pleural bilateral, realizado teste de covid +influenza na unidade com resultado Não Reagente, paciente em jejum desde 11h, apenas medicada na unidade com dipironas 11h, paciente referiu alguma em região abdominal, lombar, e baixo ventre, em traslado sem intercorrências e passo o caso para a enfermeira Gabriela que dará continuidade ao processo e atendimento.



## 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	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	Wellington Oliveira WELLINGTON GALVÃO APARECIDO DE OLIVEIRA CNH/ 05701022385 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____