

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1637

VTR:

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

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 23/06/2025

Origem: HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: Tiago FRANCISCO da Conceição Idade: 48 Contato:

Sexo:  Masculino  Feminino

SUS/CONVENIO: PORTO SEGURO N°CARTEIRINHA: 4783795400071686

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 186577	Km: 186602 Hora Chegada: 18:54	Km: 186644 Hora Chegada: 20:00	Km: 186686 Hora Chegada: 21:58	Km: 186702
Hora: 18:30	Hora Saída: 19:20 Visto Origem:	Hora Saída: 21:22 Visto Destino:	Hora Saída: 22:05 Visto Destino:	Hora: 23:00

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

Abdomem  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  
voz 3       A dor 2  
Nenhuma 1

### Resposta Verbal:

Orientada 5  
Confusa 4  
Palavras Improórias 3  
Palavras Incompréhencivas 2

### Resposta Motora:

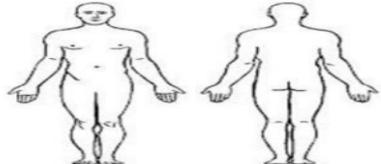
Obdece comandos 6  
Localiza Dor 5  
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3  
Extensão Anormal 2  
Nenhuma

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

RG/CPF

Assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

Transferido paciente ,na maca grades e cabeceira elevadas respirando AA , angina pectoris estável,mantendo AVP em MSD gelco 22, Isofix dupla vias salinizado,com acompanhante,de policlin Unimed de Taubaté, para realizar exame tc de angina tomografia no hospital policlin sjc,os resultados foi comunicado que vai ser entregue por sistema.sem intercorrências. Condutor Saulo e Cristiane.



### 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 <hr/> Data ____/____/____	Enfermagem Responsável <hr/> CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 <hr/> Data ____/____/____	Condutor Socorrista <hr/>  <hr/> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 <hr/> Data ____/____/____
---	--	--