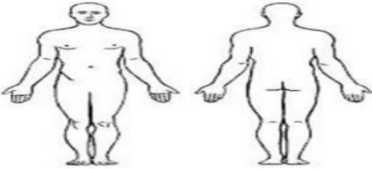


Ficha de Acompanhamento							OS: 1578				
							VTR: 318 - SPRINTER				
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input type="checkbox"/> EXAMES		<input type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR	
<input type="checkbox"/> APH		<input checked="" type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input checked="" 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 DE VAGAS				Data: 30/05/2025			
Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ SP				X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP				X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP			
Nome: VINÍCIUS CORRÊA LEITE											
Idade: 0 anos				Contato:							
Sexo:		<input type="checkbox"/> Masculino				<input type="checkbox"/> Feminino					
SUS/CONVENIO: Unimed				NºCARTEIRINHA: 00060503735495002							
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 182886		Km: 182897		Km: 182932		Km: 182932		Km: 182947			
Hora: 03:45		Hora Chegada: 04:10		Hora Chegada: 04:43		Hora Chegada: 04:43		Hora: 05:45			
Hora Saída: 04:18		Hora Saída: 04:55		Hora Saída: 04:55		Hora Saída: 04:55		Visto Destino:			
Visto Origem:		Visto Destino:		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	
Pupilas		<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas		<input type="checkbox"/> Anisocórica		<input type="checkbox"/> Midriátrica		<input type="checkbox"/> Miotica		<input type="checkbox"/> D ou E	
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 checked="" type="checkbox"/> Plano		<input type="checkbox"/> Globoso		<input type="checkbox"/> Escavado		<input type="checkbox"/> Flácido		<input type="checkbox"/> Em Avental	
Membros Superior		<input type="checkbox"/> Alterados		<input type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados		<input 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 type="checkbox"/> A dor 2		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5		<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6		<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3		<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2	
<input type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Confusa 4		<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5		<input type="checkbox"/> Nenhum			
<input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2		<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4					
T		Descrição		Crâ		Face		Col		Tór	
R		Escoriação									
A		Cont									
U		Ferim									
M		Luxa									
A		Frat									
		Lace									
		Secç									
QUEIMADURAS											
		Cab		Pesc		T Ant		Tpos		Perín	
											
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


Transferido paciente Vinícius Corrêa leite, do hospital Unimed taubate para Unimed caçapava de ambulância na maca cabeceira elevadas em jejum ,mantendo avp msd gelco 22 isofix dupla vias salinizado, vom documentos do paciente entregue para o enfermeiro mauro do hospital Unimed de caçapava, transferência realizada sem intercorrências.



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 ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____