

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1665

VTR: 798 - JUMPER

|  |  |   |  |   |                                      |   |        |
|--|--|---|--|---|--------------------------------------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA<br>APH | <input type="checkbox"/> EXAMES<br>X TRASF. HOSPITALAR | <input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO<br>ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> UTI NEO<br>INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> EVENTOS<br>SIV - INT | <input type="checkbox"/> PARTICULAR  |   |        |
| Tipos de Exames                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> CATE<br>GTT                   | <input type="checkbox"/> TOMO<br>TQT /TQM      | <input type="checkbox"/> RX<br>US             | <input type="checkbox"/> CPRS<br>RMN | <input type="checkbox"/> PET SCAM<br>T. C . HIPER | Outro: |

Empresa: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Solicitante: NIR

Data: 12/07/2025

Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA -  
APARECIDA | SP

X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO  
JOSÉ CAMPOS | SP

X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO  
JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: JOELMA RIBEIRO DA SILVA

Idade: 58

Contato:

Sexo:  Masculino

Feminino

SUS/CONVENIO: SUS

NºCARTEIRINHA: 20354833

| Saída Base  | Origem              | Destino             | Destino             | Chegada Base |
|-------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| Km: 85833   | Km: 85913           | Km: 86001           | Km: 86001           | Km: 86070    |
| Hora: 08:42 | Hora Chegada: 10:05 | Hora Chegada: 11:25 | Hora Chegada: 11:25 | Hora: 12:25  |
|             | Hora Saída: 10:20   | Hora Saída: 11:45   | Hora Saída: 11:45   |              |
|             | 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  
voz 3

A dor 2  
Nenhuma 1

### Resposta Verbal:

Orientada 5  
Confusa 4  
Palavras Improórias 3  
Palavras Incompréhencivas 2

### Resposta Motoria:

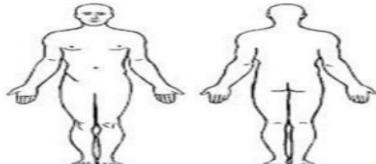
Obdece comandos 6  
Localiza Dor 5  
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3  
Extensão Anormal 2  
Nenhuma

| T | Descrição  | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|---|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| R | Escoriação |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| A | Cont       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| U | Ferim      |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| M | Luxa       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| A | 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

HPP: HAS, DMII e Hipotireoidismo Angioplastia Previa (há 10 anos) Em observação em leito de enfermaria do Hospital de Aparecida, devido IAM de parede anteroposterior. Condições clínicas durante transporte: Paciente mantinha-se em bom estado geral, lúcida e Orientada, hemodinamicamente estável, anicterica e afebril. PA: 140x90 mmHg aferida em ambulância, mantendo-se com FC de 90-100 e Sat 97-98%. Com acesso venoso periférico,companhada da filha. Foi realizado transporte do Hospital de Origem até o HRSJC para realizacao de cateterismo, sem intercorrências. Recebida pelo Médico cardiologista do hospital, no qual foi passado o caso para o mesmo com todas as documentações da paciente.



## 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 - Pegueno | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou |     |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Médico Responsável<br><br>MARIA ISABELA DE MORAIS<br>CRM/ 273898<br>Data ____/____/____ | Enfermagem Responsável<br><br>MÔNICA DE MOURA AUF DER STRASSE<br>Coren/ 370176<br>Data ____/____/____ | Condutor Socorrista<br><br>CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA<br>CNH/ 1234546<br>Data ____/____/____ |
|---|---|---|