

Ficha de Acompanhamento										OS: 1714					
										VTR: 798 - JUMPER					
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES		<input checked="" 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"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:								
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER									
Empresa: UNIMED CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO										Solicitante: CENTRAL VAGAS		Data: 07/08/2025			
Origem: HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA   SP										X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA   SP		X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA   SP			
Nome: MARLON DOS SANTOS MACHADO										Idade: 30		Contato:			
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino										<input type="checkbox"/> Feminino					
SUS/CONVENIO: UNIMED										NºCARTEIRINHA: 0917046000052004					
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base				
Km: 89106		Km: 89146			Km: 89183			Km: 89183			Km: 89216				
		Hora Chegada: 22:47			Hora Chegada: 23:35			Hora Chegada: 23:35							
Hora: 22:22		Hora Saída: 23:00			Hora Saída: 23:47			Hora Saída: 23:47			Hora: 00:30				
		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"/> Anisocorica		<input type="checkbox"/> Midrítrica		<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 checked="" type="checkbox"/> Plano		<input 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		Sat O2		Hgt	
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:							
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6							
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5							
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Palavras Imprórias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4							
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3							
								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2							
								<input type="checkbox"/> 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 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 Marlon com acompanhante, de ambulância UTI com enfermagem e médico, respirando AA hipocorado, anemia falciforme, acidose metabólica (sic) descompensada, controlando com insulina regular em Bic, 0,7ml/h com SF0,,9,,% 100ml, refere dor lombar realizado glicemia capilar HI mmg/dl as 22:29 hs, as 22:37hs 334mmg/dl PA 140x80mmhg, SAT o²98% fc70 deunimed caçapava para PA UNIMED ACOMODADO NO LEITO UTI, hemodinamicamente estáveis, 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	

<b>Médico Responsável</b>  Dr. Briet  LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	<b>Enfermagem Responsável</b>  CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	<b>Condutor Socorrista</b>    CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
--	---	---