

Ficha de Acompanhamento

OS: 1490
VTR: 5

☐ BÁSICA
☐ APH

☐ EXAMES
☒ TRASF. HOSPITALAR

☒ UTI ADULTO
☐ ALTA HOSPITALAR

☐ UTI NEO
☐ INTERNAÇÃO

☐ EVENTOS
☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

Tipos de Exames

☐ CATE
☐ GTT

☐ TOMO
☐ TQT /TQM

☐ RX
☐ US

☐ CPRS
☐ RMN

☐ PET SCAM
☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: UNIMED DE CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - TAUBATÉ

Solicitante: C. VAGAS

Data: 29/04/2025

Origem: HOSPITAL UNIMED - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: ADRIANO DE SOUZA CAMARGO

Idade: 49

Contato:

Sexo:

☒ Masculino

☐ Feminino

SUS/CONVENIO: UNIMED

NºCARTEIRINHA: 099424942747600002

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 78464	Km: 78488	Km: 78505	Km: 78505	Km: 78527
	Hora Chegada: 20:55	Hora Chegada: 21:32	Hora Chegada: 21:32	
Hora: 19:50	Hora Saída: 21:12	Hora Saída: 21:45	Hora Saída: 21:45	Hora: 22:25
	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

Abdomem☒ Plano☐ Globoso☐ Escavado☐ Flácido☐ Em Avental☐ Gravidico

Membros Superior☐ Alterados☒ Não AlteradosMembros 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 Impróprias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2

Resposta Motora:☒ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA	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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros


transferência realizada da PA da unimed da Taubaté x para hospital 10 julho 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 Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista  SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
--	--	---