

Ficha de Acompanhamento							OS: 1776				
							VTR: 318 - SPRINTER				
<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"/> 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: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE							Solicitante: NIR				
Data: 16/09/2025											
Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA SP							X HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ SP				
X HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ SP											
Nome: JOSE ANTONIO DA SILVA							Idade: 75				
Contato:											
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino							<input type="checkbox"/> Feminino				
SUS/CONVENIO: nir							NºCARTEIRINHA: 16084329				
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 192094		Km: 192147		Km: 192193		Km: 192193		Km: 192220			
Hora: 04:55		Hora Chegada: 05:55		Hora Chegada: 06:41		Hora Chegada: 06:41		Hora: 13:13			
		Hora Saída: 06:08		Hora Saída: 07:05		Hora Saída: 07:05					
		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			
06:20		120*80		77		21		15			
TEMP		Sat O2		Hgt							
-		98		-							
Abertura ocular:			Resposta Verbal:			Resposta Motora:					
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4			<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5			<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6					
<input type="checkbox"/> A dor 2			<input type="checkbox"/> Confusa 4			<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5					
<input type="checkbox"/> voz 3			<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 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


Paciente em leito hospitalar, glasgow 15, calmo, orientado, comunicativo, eupneico em AA, hemodinamicamente estável, mantendo AVP em MSE salinizado sem sinais flogísticos, acomodado em maca de transporte e encaminhado para Hospital Regional acompanhado de médico e enfermagem, sem intercorrências, no destino passado plantão para enfermeira Bianca e acomodado paciente em maca simples com grades e cabeceira elevadas, segue aos cuidados da enfermagem do Hospital Regional e acompanhado pela esposa.



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  DANIELA DE OLIVEIRA MONTAONI Coren/ 698661 Data ____/____/____	Condutor Socorrista ADRIANO DE OLIVEIRA CNH/ 04165115514 Data ____/____/____
--	--	--