

Ficha de Acompanhamento						OS: 1667						
						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"/> 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: ACL SERVICOS EM SAUDE LTDA Solicitante: CENTRAL VAGAS - 392815 - CHAMADO Data: 15/07/2025												
Origem: SANTA CASA - CRUZEIRO - CRUZEIRO SP X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA SP X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA SP												
Nome: joão gualberto ribeiro da silva Idade: 66 Contato: Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino SUS/CONVENIO: unimed estauai NºCARTEIRINHA: 00030400001007903												
Saída Base		Origem		Destino		Chegada Base						
Km: 86173		Km: 86280		Km: 86362		Km: 86362						
Hora: 03:24		Hora Saída: 05:14		Hora Saída: 06:41		Hora: 07:00						
		Visto Origem:		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"/> Midriátrica		<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					
	100*90	76	18	15		98						
Abertura ocular:		Resposta Verbal:		Resposta Motora:								
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2		<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <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 de ambulância UTI , com acompanhante, respirando AA, corado , comunicativo, , mantendo AVP em MSE gelco 20 dupla vias, salinizado, sat^{o2}98%, pa100x90mmhg , FC 76, resp 18, para realização de exame de cateterismo, hemodinamicamente estável , 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 CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	Condutor Socorrista  CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
--	---	---