

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T. C. HIPER. Outros AV-NEURO

CLIENTE F.M. ROSEIRA Solicitante NITZ Data 29.04.25

Origem: S.CASSO AP. x J.C.GUARDA x

Nome: Vilma José Vassalo Idade 61 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO NITZ Nº CARTEIRINHA 15509066

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 77635	km 77698	km 77705	km 77760	km
Hora Chegada 08:34	Hora Chegada 08:59	Hora Chegada 09:20	Hora Chegada	

km 77635 Hora Saída 08:49 Hora Saída 09:20 Hora

Vista Origem Vilma José Vassalo Vista Destino Guilherme Eduardo de Godoy

Caren-SP 2120055-TE

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquipnêico Bradipnêico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

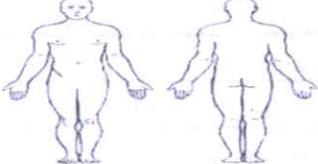
Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
9:00				14			

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal					Resposta Motora				
		Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie	
	Escoriação										
	Cont										
	Ferim										
	Luxa										
	Frat										
	Lace										
	Secç										

TRAUMA	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 ambulância 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

08:30 Recebe paciente Ulyssy Sozivarsco fta
ci E a: d+ suporáico com as condicione c/ possi-
bleja a d+ d+ DVP realizada em d+ de
malas encontra-se em companhia de um
familiar.
8:30 Inicia reabilitação com exercícios
durante o dia.
8:50 Passa o café e produzido p/ enfermeira
Sra. Ruthene Godoy. Si malas.

Eliane de Souza
Enfermeira
Caren/SP 185978

Eliane de Souza
Enfermeira
Caren/SP 185978

Eliane de Souza
Enfermeira
Caren/SP 185978

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Qual	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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Alcides 794

Data	/	/
------	---	---

Enfermeiro Responsável

*Eliane de Souza
Enfermeira
Caren/SP 185978*

Data	<i>25/11/25</i>
------	-----------------

Condutor Socorrista

Data	/	/
------	---	---



**CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL
CROSS**

FICHA N°

SS-9511684-25**Identificação****Ficha Neurocirurgia/Neurologia**

Data 23/04/2025	Hora 18:37:00	
CMRR COMPLEXO REGULATÓRIO SUL-SUDESTE	DRS DRS XVII - TAUBATÉ	
Unidade Solicitante SANTA CASA APARECIDA	Município Aparecida	
Telefone (012) 31045555	Outros telefones	
Médico Solicitante BRUNO HENRIQUE GUEDES DIAS	CRM/RMS 137023	Celular (00)
Código do Paciente 15509066	Nome do Paciente ULISSES JOSE OROSCO	Nome Social
Filiação 1 RUTH RIBEIRO OROSCO	Sexo Masculino	Gênero
Data de Nascimento 04/07/1963	Idade 61 anos 9 meses 20 dias Atendimento Preferencial	Raça/Cor Branca
CNS 700309907534740	Município do Paciente ROSEIRA	
TARM RODRIGO NOGUEIRA DA COSTA	Regulador Atual ANTONIO JOSE LORENZIN	Documento Regulador Atual CRM/RMS: 38631
Unidade de Regulação Atual CROSS		

Anexos

Arquivo	Tipo de Anexo	Usuário	Data/Hora
ulisses.jose - exames de lab - 23-04.pdf	OUTROS	ADM - RODRIGO COSTA	23/04/2025 18:56:20
ULISSES - EXAMES DE LAB 22-04.pdf	OUTROS	ADM - RODRIGO COSTA	23/04/2025 18:56:30
ULISSES - LAUDO TC DE CRANIO.pdf	OUTROS	ADM - RODRIGO COSTA	23/04/2025 18:56:39
ULISSES - LAUDO TC DE COLUNA CERVICAL.pdf	OUTROS	ADM - RODRIGO COSTA	23/04/2025 18:56:47
ulisses.pdf	OUTROS	PAD - ANDRE GOMESPINTO	23/04/2025 22:03:13

Dados Clínicos**FICHA NEUROCIRURGIA/NEUROLOGIA****23/04/2025 18:55:29 - RODRIGO NOGUEIRA DA COSTA**

Data: 22/04/2025 **Hora:**
Admissão: 22/04/2025 **Admissão:** 13:59

Lesão tipo: Trauma

Tempo de início do quadro

Data: 22/04/2025 **Hora:**
11:00

Detalhes do Trauma

Mecanismo do trauma:

TRAUMA POR ACIDENTE DE CARRO NA RODOVIA

Tipo de trauma:
Outros

Perda de consciência:
Sim

Especificar:
AVC

Dados Clínicos

Antecedentes pessoais:

PACEINTE NEGA COMORBIDADES , NÃO FAZ USO DE MEDICAMENTOS , SEM ALERGIAS