

Ficha de Acompanhamento							OS: 1665					
							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 checked="" type="checkbox"/> CATE		<input type="checkbox"/> TOMO		<input type="checkbox"/> RX		<input type="checkbox"/> CPRS		<input type="checkbox"/> PET SCAM		
		<input type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> T. C . HIPER		
										Outro:		
Empresa: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE				Solicitante: NIR				Data: 12/07/2025				
Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA SP				X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP				X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP				
Nome: JOELMA RIBEIRO DA SILVA				Idade: 58				Contato:				
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino				<input checked="" type="checkbox"/> Feminino								
SUS/CONVENIO: SUS				NºCARTEIRINHA: 20354833								
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base				
Km: 85833		Km: 85913		Km: 86001		Km: 86001		Km: 86070				
		Hora Chegada: 10:05		Hora Chegada: 11:25		Hora Chegada: 11:25						
Hora: 08:42		Hora Saída: 10:20		Hora Saída: 11:45		Hora Saída: 11:45		Hora: 12:25				
		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"/> 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 type="checkbox"/> Plano		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Obedece 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


HPP: HAS, DMII e Hipotireoidismo Angioplastia Previa (há 10 anos) Em observação em leito de enfermaria do Hospital de Aparecida, devido IAM de parede anteroposterior. Condições clínicas durante transporte: Paciente mantinha-se em bom estado geral, lúcida e Orientada, hemodinamicamente estável, anictérica e afebril. PA: 140x90 mmHg aferida em ambulância, mantendo-se com FC de 90-100 e Sat 97-98%. Com acesso venoso periférico, acompanhada da filha. Foi realizado transporte do Hospital de Origem até o HRSJC para realização de cateterismo, sem intercorrências. Recebida pelo Médico cardiologista do hospital, no qual foi passado o caso para o mesmo com todas as documentações da paciente.



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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
MARIA ISABELA DE MORAIS CRM/ 273898	MÔNICA DE MOURA AUF DER STRASSE Coren/ 370176	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
		Data ____/____/____