

Ficha de Acompanhamento

OS: 1504

VTR: 798 - JUMPER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
APH	<input checked="" type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT			
Tipos de Exames		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ

Solicitante: C. VAGAS

Data: 26/06/2025

Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: Rosemery chauleaux de Campos migoto Idade: 0 anos Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: UNIMED NºCARTEIRINHA: 00917055000014004

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 38584	Km: 83601 Hora Chegada: 10:09	Km: 83622 Hora Chegada: 10:36	Km: 83622 Hora Chegada: 10:36	Km: 83654
Hora: 09:35	Hora Saída: 10:18 Visto Origem:	Hora Saída: 10:45 Visto Destino:	Hora Saída: 10:45 Visto Destino:	Hora: 11:35

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 Alterados | Membros 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 Improórias 3
Palavras Incompréhencivas 2

Resposta Motora:

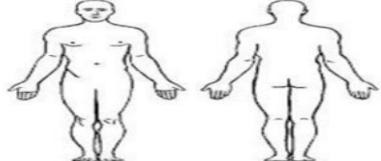
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 Nenhuma

T	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
R	Escoriação									
A	Cont									
U	Ferim									
M	Luxa									
A	Frat									
U	Lace									
M	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 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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

REMOÇÃO REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios	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 <hr/> Data ____/____/____	Enfermagem Responsável <hr/> CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 <hr/> Data ____/____/____	Condutor Socorrista <hr/> <i>Saulo R. Cesan</i> <hr/> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 <hr/> Data ____/____/____
---	--	--