

Ficha de Acompanhamento										OS: 1708		
										VTR: 798 - JUMPER		
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 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"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:					
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER						
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS      Solicitante: CENTRAL VAGAS      Data: 06/08/2025												
Origem: HOSPITAL ANTONIO AFONSO - JACAREI - JACAREI   SP      X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS   SP      X HOSPITAL ANTONIO AFONSO - JACAREI - JACAREI   SP												
Nome: FERNANDA APARECIDA DE SOUZA COSTA      Idade: 47      Contato: _____												
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino												
SUS/CONVENIO: BRADESCO      NºCARTEIRINHA: 77472303151000												
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base	
Km: 88706		Km: 88805			Km: 88818			Km: 88831			Km: 88894	
		Hora Chegada: 02:37			Hora Chegada: 03:27			Hora Chegada: 06:15				
Hora: 02:31		Hora Saída: 03:00			Hora Saída: 05:40			Hora Saída: 06:40			Hora: 15:07	
		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 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								
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"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5				
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 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

Transferido paciente com acompanhante,,de AMBULÂNCIA BÁSICO com enfermagem,respirando AA, MANTENDO AVP EM MSE GELCO 22 duplas vias,SALINIZADO, para realizar exame de angiografia de RNM de crânio,,retorno acomodado no leito sem INTERCORRENCIAS,




## Materiais Utilizados

Carlos Cris

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
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____