

Ficha de Acompanhamento						OS: 1817					
						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	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: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Solicitante: guilherme Data: 01/11/2025											
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: jogo futebol Idade: 63 Contato:											
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino		<input checked="" type="checkbox"/> Feminino									
SUS/CONVENIO: na				NºCARTEIRINHA: na							
Saída Base	Origem		Destino		Destino		Chegada Base				
Km: 195268	Km: 195332		Km: 195421		Km: 195421		Km: 195485				
	Hora Chegada: 00:35		Hora Chegada: 01:32		Hora Chegada: 01:32						
Hora: 23:25	Hora Saída: 00:45		Hora Saída: 01:50		Hora Saída: 01:50		Hora: 02:46				
	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"/> Midrítrica <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				
01:00	122*83	113	19	15	-	96	-				
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							
TRAUM 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 PARA REALIZAÇÃO DE CATE, SEM INTERCORRENCIAS NO TRAJETO.



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		

<div>Médico Responsável</div> <div>Dr. Briet</div> <div>LUIZ BRIET DE ALMEIDA</div> <div>CRM/ 49794</div> <div>Data ____/____/____</div>	<div>Enfermagem Responsável</div> <div>TAMIRES AMERICO DE ARAUJO</div> <div>Coren/ 606985</div> <div>Data ____/____/____</div>	<div>Condutor Socorrista</div> <div></div> <div>CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA</div> <div>CNH/ 1234546</div> <div>Data ____/____/____</div>
--	--	--