

Ficha de Acompanhamento

OS: 1733
VTR: 318 - SPRINTER

<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		
APH	X 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: ACL SERVICOS EM SAUDE LTDA Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 22/08/2025

Origem: SANTA CASA LORENA - LORENA | SP X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: Camila Aparecida Cardoso de Paula Idade: 42 Contato: _____
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: Sul América NºCARTEIRINHA: 01349003000930020

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 190011	Km: 190084	Km: 190191	Km: 190191	Km: 190290
Hora: 23:16	Hora Chegada: 00:30 Hora Saída: 00:40 Visto Origem:	Hora Chegada: 02:00 Hora Saída: 02:28 Visto Destino:	Hora Chegada: 02:00 Hora Saída: 02:28 Visto Destino:	Hora: 03:50

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

Abdômen 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 A dor 2
 voz 3 Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréhencivas 2

Resposta Motoria:

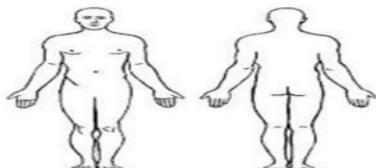
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 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 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

Realizada transferência hospitalar do pronto atendimento da Santa Casa de Lorena para Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Vivalle em São José dos Campos, segue acompanhada pelo esposo Luis Eduardo. Cliente lúcida, orientada em tempo e espaço, pupilas isocóricas fotorreagentes bilateral, ventilando em ar ambiente MV+ sem ruídos adventícios, BCNF2T S/S, pulsos cheios rítmico, normosfigmias bilaterais, perfusão periférica <2seg. Apresenta melena ao evacuar. Ao exame realizado de TC apresentou cirurgia anterior de bariátrica e cisto renal, sem outras evidências. Durante o transporte mantido, monitorização da dor, sinais vitais, sem alterações, cabeceira elevada 15°, grades elevadas, acesso venoso periférico em dorso do antebraço direito com SF0,9% 500 mL, foi medicada com dipirona EV 40 minutos antes da remoção. Não houve hemorragias e outras intercorrências durante o trajeto e transmitido o caso clínica para equipe da UTI do Vivalle.



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

Médico Responsável Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável EDSON GABRIEL GONÇALVES CONCEIÇÃO Coren/ 798910 Data ____/____/____	Condutor Socorrista SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
---	---	---