

Ficha de Acompanhamento

OS: 1641
VTR: 798 - JUMPER

| | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO | <input type="checkbox"/> UTI NEO | <input type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | |
| APH | 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: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 25/06/2025

Origem: HOSPITAL ANTONIO AFONSO - JACAREI | SP

X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

X HOSPITAL ANTONIO AFONSO - JACAREI | SP

Nome: Amilton cândido de lima

Idade: 57

Contato:

Sexo:

Masculino

Feminino

SUS/CONVENIO: Bradesco

NºCARTEIRINHA: 954680140023008

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Km: 83189 | Km: 83258 Hora Chegada: 23:19 | Km: 83277 Hora Chegada: 00:03 | Km: 83277 Hora Chegada: 01:50 | Km: 83364 |
| Hora: 22:12 | Hora Saída: 23:36 Visto Origem: | Hora Saída: 01:30 Visto Destino: | Hora Saída: 03:07 Visto Destino: | Hora: 03:12 |

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:

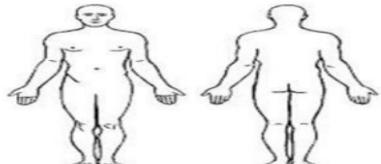
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

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

Transferido paciente grades e cabeceira elevadas,,respirando AA SIC acima,mantendo avp em mse ,geco 20 ,isofix dupla vias,salinizado, para realizar rnm crânio comm contraste, nega alergias, hospital Antônio, Afonso jacarei,para centro médico 24hs,com ,sem intercorrênciasacompanhante,sem intercorrências.



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 <hr/> Data ____/____/____ | Enfermagem Responsável <hr/> CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 <hr/> Data ____/____/____ | Condutor Socorrista <hr/>  <hr/> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 <hr/> Data ____/____/____ |
|---|--|--|