

Ficha de Acompanhamento

OS: 1814

VTR:

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

Empresa: HOSPITAL 10 DE JULHO Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 25/10/2025

Origem: HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA - X CLÍNICA HIPERBÁRICA - TAUBATÉ - X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA -
PINDAMONHANGABA | SP TAUBATÉ | SP PINDAMONHANGABA | SP

Nome: Walter Miguel calvance Idade: 66 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: UNIMED NºCARTEIRINHA: Na

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| Km: 195083 | Km: 1951100 | Km: 195116 | Km: 195132 | Km: 195149 |
| Hora: 07:00 | Hora Chegada: 07:15 | Hora Chegada: 08:00 | Hora Chegada: 11:06 | Hora: 11:40 |
| | Hora Saída: 07:30 | Hora Saída: 10:41 | Hora Saída: 11:20 | |
| | Visto Origem: | Visto Destino: | Visto Destino: | |

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:

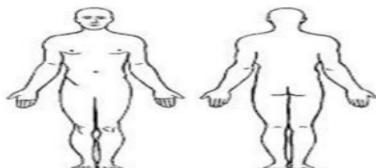
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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

Transferido paciente de ambulância com enfermagem e acompanhante ,sem intercorrências.
Condutor Adriano e enfermagem Cristiane



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 | Enfermagem Responsável | Condutor Socorrista |
| Data ____/____/____ | CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____ | ADRIANO DE OLIVEIRA CNH/ 04165115514 Data ____/____/____ |