

Ficha de Acompanhamento

OS: 1776
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	<input checked="" 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 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:
-----------------	--------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------------------	--------

Empresa: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Solicitante: NIR Data: 16/09/2025
Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA | X HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | X HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP SP

Nome: JOSE ANTONIO DA SILVA Idade: 75 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: nir NºCARTEIRINHA: 16084329

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 192094	Km: 192147	Km: 192193	Km: 192193	Km: 192220
	Hora Chegada: 05:55	Hora Chegada: 06:41	Hora Chegada: 06:41	
Hora: 04:55	Hora Saída: 06:08	Hora Saída: 07:05	Hora Saída: 07:05	Hora: 13:13
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miótica 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
06:20	120*80	77	21	15	-	98	-

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:

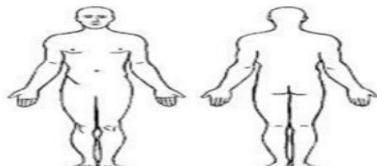
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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

Paciente em leito hospitalar, glasgow 15, calmo, orientado, comunicativo, eupneico em AA, hemodinâmicamente estável, mantendo AVP em MSE salinizado sem sinais flogísticos, acomodado em maca de transporte e encaminhado para Hospital Regional acompanhado de médico e enfermagem, sem intercorrências, no destino passado plantão para enfermeira Bianca e acomodado paciente em maca simples com grades e cabeceira elevadas, segue aos cuidados da enfermagem do Hospital Regional e acompanhado pela esposa.



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 Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____ / ____ / ____	Enfermagem Responsável DANIELA DE OLIVEIRA MONTANO Coren/ 698661 Data ____ / ____ / ____	Condutor Socorrista ADRIANO DE OLIVEIRA CNH/ 04165115514 Data ____ / ____ / ____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------