

Ficha de Acompanhamento

OS: 1724
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: JONATHAN - AT - Data: 15/08/2025

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

Nome: EDSON RODRIGUES DE ALMEIDA Idade: 47 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: SUL AMERICA NºCARTEIRINHA: 01349003030070010

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 189181	Km: 189291	Km: 189428	Km: 189428	Km: 189493
Hora: 20:00	Hora Chegada: 21:29	Hora Chegada: 23:14	Hora Chegada: 23:14	Hora: 00:40
	Hora Saída: 21:39	Hora Saída: 23:30	Hora Saída: 23:30	
	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
22:20	130*80	90	16	15	-	98	-

Abertura ocular:

Espontânea 4 A dor 2
voz 3 Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréencivas 2

Resposta Motoria:

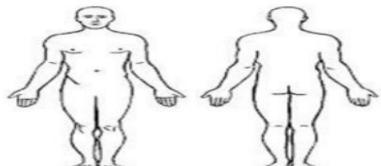
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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 com quadro de dor precordial com irradiação para MSE associado à queimação há 3 meses com piora do quadro algico nesta manhã. HDA: Paciente realizou cateterismo no dia 30/06/25 o qual evidenciou obstrução de 70% em artéria descendente anterior. Agendado angioplastia para 25/08/25. MUC: DM insulino-dependente há 24 anos, AAS, Clopidogrel, Diatilzem, Nitrato, Rosuvastatina. Alergia: Nega. - Exames (15/08/25): ECG: sem alterações. Troponina: NR. CKMB: 17., acesso venoso em msd jelco 20. Exame físico - BEG, LOTE, CHAAA - FC: 90bpm/ PA: 130x80mmHg/FR: 16irpm/ Eupneico em AA.



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

Médico Responsável GIOVANA ZAMBONI MOREIRA CRM/ 273.790 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
--	---	---