

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

|  |   |  |                                  |                                   |                                     |                                     |                              |
|--|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO                         | <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL    | <input type="checkbox"/> UTI NEO | <input type="checkbox"/> UTI ÁREA | <input type="checkbox"/> EVENTOS    | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input checked="" type="checkbox"/> EXAMES | <input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> CPRS    | <input type="checkbox"/> PET SCAM | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT  |                              |

|                 |                               |                                  |                             |                               |                                       |        |
|-----------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------|
| Tipos de Exames | <input type="checkbox"/> CATE | <input type="checkbox"/> TOMO    | <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> CPRS | <input type="checkbox"/> PET SCAM     | Outros |
|                 | <input type="checkbox"/> GTT  | <input type="checkbox"/> TQT/TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN  | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. |        |

EMPRESA ProMed. S.A. Solicitante c Jafos Data 19.01.25

Origem: H. Policlín. Maternidade x H. Policlín. 9 de Julho x H. Policlín. Maternidade

Nome: JASMIN NASCIMENTO DE FREITAS Idade 11 Contato: (11) 981614680

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO.

Nº CARTEIRINHA 8 939378 00094035

| Saída Base        | Origem                    | Destino                   | Destino                   | Chegada Base |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| km <u>64371</u>   | km <u>64413</u>           | km <u>64415</u>           | km <u>64416</u>           | km           |
| Hora <u>21:12</u> | Hora Chegada <u>21:55</u> | Hora Chegada <u>22:10</u> | Hora Chegada <u>23:28</u> |              |

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  Apneia

Circulatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  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
- Nenhuma 1

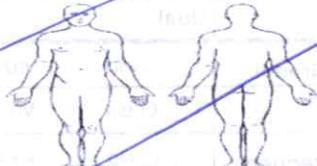
### Resposta Motora

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- Nenhuma

| TRAUMA | 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.

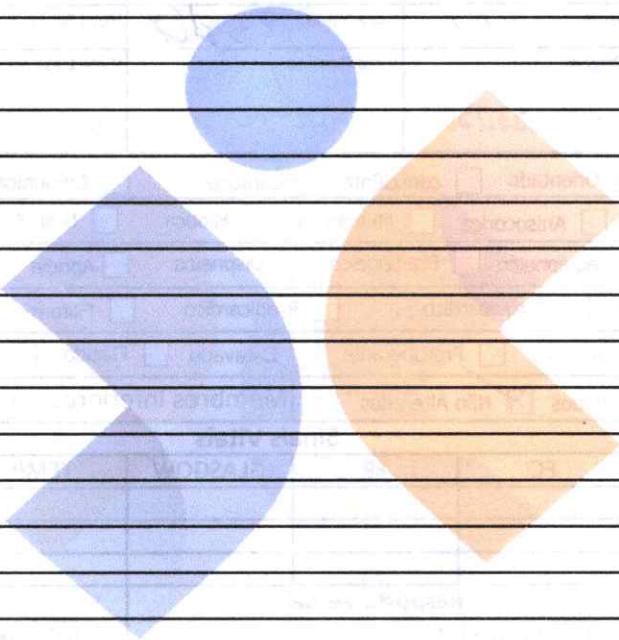
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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 <u>Fávaro Sozinho Freitas</u> | assinatura |
| RG/CPF <u>32699951-8</u>           |            |

## Observações Médicas / Enfermeiros

Foi REALIZADO CONTRASTE APÓS A PRIMEIRA RESONÂNCIA AS 22:35 HS.



## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

| Pedagios |              | Qual  | 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

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Data 19 / 10 / 25

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Iasmim Nascimento De Freitas

NASC: 18/03/2013 11 ANOS - PRONTO SOCORRO  
HOSPITAL DT ATEND: 19/01/2025 08:31  
CONU: BRADESCO



4195883

Solicito Ambulância Simples .

Dr(a):

CRM:

Dra. Aretusa S. G. Fronte  
Pediatra  
CRM 120.599

- \*Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 - SJCampos - SP
- \*Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos - SP
- \*Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos - SP
- \*Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí - SP
- \*Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava - SP
- \*Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté - SP