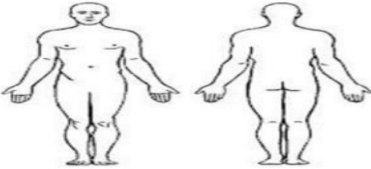


Ficha de Acompanhamento							OS: 1779					
							VTR: 798 - JUMPER					
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR							
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER	Outro:					
Empresa: ACL SERVICOS EM SAUDE LTDA Solicitante: CENTRAL VAGAS - AT -413838 Data: 18/09/2025												
Origem: HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ X CLINICA CHUI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP							X CLINICA CHUI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP					
Nome: FELIPE RAMOS DE SOUZA FERES Idade: 21 Contato:												
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino												
SUS/CONVENIO: SUL AMERICA NºCARTEIRINHA: 01898040147910116												
Saída Base	Origem		Destino		Destino		Chegada Base					
Km: 90727	Km: 90651		Km: 90964		Km: 90964		Km: 90792					
	Hora Chegada: 22:05		Hora Chegada: 22:53		Hora Chegada: 22:53							
Hora: 21:33	Hora Saída: 22:25		Hora Saída: 23:30		Hora Saída: 23:30		Hora: 00:50					
	Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:							
Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza						
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior						
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia							
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme								
Abdomem	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico						
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados		<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados		<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados					
Sinais Vitais												
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt					
22:40	120*80	78	13	15	-	98	-					
Abertura ocular:		Resposta Verbal:		Resposta Motora:								
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2		<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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 ambulancia 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						Assinatura						
RG/CPF												

Observações Médicas / Enfermeiros


Realizada remoção em USA do Ponto Atendimento do Hospital Regional de Taubaté para Associação Instituto Chuí de Psiquiatria no município de São José dos Campos. HD: Tentativa de Auto extermínio. Com AVP em fossa cubital esquerda, curativo oclusivo na região do pescoço, em uso de 2 comprimidos VO de Sertralina administrado pela equipe do pronto atendimento. Encontrado em leito, lúcido, orientado em tempo e espaço, comunicativo, apresentando sonolência, leve tontura e feição abatido. Ventilando em ar ambiente. Tórax simétrico com expansão bilateral MV +. BCNF 2T S/S. Pulso normosfigmia. Perfusão menor que 2 segundos. Abdômen flácido, RH+ normoreativos. Relatou eliminações dentro das normalidades. Mantido monitorização não invasiva durante o trajeto e grades e cabeceira elevada a 30. Aferido SSVV: Não houve intercorrências durante o transporte.



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 Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável EDSON GABRIEL GONÇALVES CONCEIÇÃO Coren/ 798910 Data ____/____/____	Condutor Socorrista  CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
--	--	---