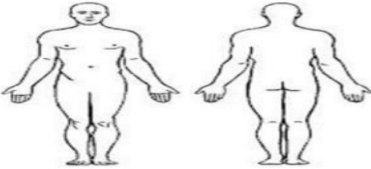


Ficha de Acompanhamento							OS: 1784			
							VTR: 798 - JUMPER			
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR					
<input type="checkbox"/> APH	<input 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: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE							Solicitante: NIR			
Data: 24/09/2025										
Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA   SP		X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETA   SP		X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETA   SP						
Nome: MARIA APARECIDA DA SILVA							Idade: 68			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino							<input checked="" type="checkbox"/> Feminino			
SUS/CONVENIO: sus							NºCARTEIRINHA: 24972793			
Saída Base		Origem		Destino		Destino				
Km: 90845		Km: 90906		Km: 90915		Km: 90915				
Hora: 11:55		Hora Chegada: 13:04		Hora Chegada: 13:20		Hora Chegada: 13:20				
		Hora Saída: 13:15		Hora Saída: 13:42		Hora Saída: 13:42				
		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			
13:15		103*91				14	36			
							Sat O2			
							97			
							Hgt			
Abertura ocular:		Resposta Verbal:			Resposta Motora:					
<input type="checkbox"/> Espontânea 4		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5			<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6					
<input checked="" type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Confusa 4			<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5					
<input type="checkbox"/> A dor 2		<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3			<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2			<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 Transferência de ida e volta do hospital cecop para hospital de Guaratinguetá para realizar exame de imagens ongiotomografia sem intercorrências



## 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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Dr. Briet		
LUIZ BRIET DE ALMEIDA	ERIKA DOS SANTOS FONSECA	ADRIANO DE OLIVEIRA
CRM/ 49794	Coren/ 691032	CNH/ 04165115514
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____