

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1594

VTR: 798 - JUMPER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input checked="" 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: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ

Solicitante: Central vagad

Data: 06/06/2025

Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X CLÍNICA SAINT GERMAIN - TAUBATÉ | SP

X CLÍNICA SAINT GERMAIN - TAUBATÉ | SP

Nome: JAQUELINE DA SILVA LEITE

Idade: 5

Contato:

Sexo:

 Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: Unimed

NºCARTEIRINHA: 0970024005081680

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 82132	Km: 82155 Hora Chegada: 12:30	Km: 82158 Hora Chegada: 11:25	Km: 82158 Hora Chegada: 11:25	Km: 82158
Hora: 11:25	Hora Saída: 12:36 Visto Origem:	Hora Saída: 11:40 Visto Destino:	Hora Saída: 11:40 Visto Destino:	Hora: 12:35

Neurológica  Lúcido  Orientado  Consciente  Confuso  Comunicativo  Não VerbalizaPupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  ApneiaCirculatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  FiliformeAbdômen  Plano  Globoso  Escavado  Flácido  Em Avental  GravidicoMembros 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

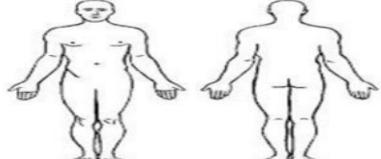
### Resposta Motora:

Obdece comandos 6  
Localiza Dor 5  
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3  
Extensão Anormal 2  
Nenhuma

T	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
R	Escoriação									
A	Cont									
U	Ferim									
M	Luxa									
A	Frat									
U	Lace									
M	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 TRANSFERIDO A CLINICA SEM INTERCORRENCIAS



## 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
	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	<i>Aval</i>
Data ____/____/____	Data ____/____/____	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
		Data ____/____/____