

Ficha de Acompanhamento							OS: 1727					
							VTR: 318 - SPRINTER					
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES		<input 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 checked="" type="checkbox"/> T. C . HIPER		
Outro:												
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS				Solicitante: CENTRAL VAGAS				Data: 19/08/2025				
Origem: HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP				X WK TAUBATÉ - TAUBATÉ SP				X HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP				
Nome: vanessa aparecida de assis barbosa Idade: 41 Contato: _____												
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino												
SUS/CONVENIO: bradesco NºCARTEIRINHA: 7753107005118042												
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base				
Km: 189646		Km: 189690		Km: 189734		Km: 189734		Km: 189772				
Hora: 14:00		Hora Chegada: 14:46		Hora Chegada: 15:15		Hora Chegada: 16:54		Hora: 19:49				
		Hora Saída: 14:51		Hora Saída: 16:21		Hora Saída: 17:30						
		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 type="checkbox"/> Plano		<input checked="" 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		
15:30		100*65		89		19		15		36.5		
Sat O2		Hgt										
98		-										
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6				
<input 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 Impróórias 3				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2				
<input type="checkbox"/> Nenhuma								<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


Transferido paciente Vanessa Aparecida de Assis Barbosa de ambulância básica com enfermagem e acompanhante , policlin Unimed caçapava, respirando AA (,SIC) hd cefaléia , abdômen globoso, mantendo AVP em MSD catéter sobre agulha número 20 dupla vias salinizado,para realizar exame de TV crânio sem contraste clínica wk diagnose Taubaté , retorno com a paciente hemodinamicamente estável,acomodada no leito 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
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____