

Ficha de Acompanhamento						OS: 1716					
						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: IGOR COSTA AT - (400897)			Data: 07/08/2025						
Origem: HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ SP		X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS SP			X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS SP						
Nome: ALEX SILVA LENTINE		Idade: 40		Contato:							
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino									
SUS/CONVENIO: SUL AMERICA		NºCARTEIRINHA: 02471154									
Saída Base	Origem		Destino		Destino		Chegada Base				
Km: 89354	Km: 89373		Km: 89417		Km: 89417		Km: 89478				
	Hora Chegada: 20:20		Hora Chegada: 21:27		Hora Chegada: 21:27						
Hora: 20:00	Hora Saída: 20:50		Hora Saída: 21:39		Hora Saída: 21:39		Hora: 22:42				
	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	Sat O2	Hgt				
21:00	130*80	81	19	15	36.6	99	112				
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"/> A dor 2		<input type="checkbox"/> Confusa 4			<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3						
<input type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3			<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5						
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2			<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2						
					<input type="checkbox"/> Nenhuma						
TRAUM 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


Chego ao hospital de origem paciente em leito de emergência consciente orientado em AA afebril epneico normocardico mantendo AVP em MSE jelco 20 monitorozacao cardíaca, transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego ao hospital de destino transfiro paciente para os cuidados da equipe local 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
GIOVANA ZAMBONI MOREIRA CRM/ 273.790	Aline Moutinho	
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
	Data ____/____/____	Data ____/____/____