

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1539

VTR: 520 - DUCATO

 BÁSICA  
 APH

 EXAMES  
 TRASF. HOSPITALAR

 UTI ADULTO  
 ALTA HOSPITALAR

 UTI NEO  
 INTERNAÇÃO

 EVENTOS  
 SIV - INT

 PARTICULAR

Tipos de Exames

 CATE  
 GTT

 TOMO  
 TQT /TQM

 RX  
 US

 CPRS  
 RMN

 PET SCAM  
 T. C. HIPER

Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS

Solicitante: C. VAGAS

Data: 19/05/2025

Origem: HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP INSTITUTO DE RÁDIO VALE PARAIBA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP

X HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: NATASHA TUANE NASCIMENTO

Idade: 32

Contato:

Sexo:  Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO

NºCARTEIRINHA: 954240009652007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 142142	Km: 142206	Km: 142215	Km: 142215	Km: 142277
Hora: 10:30	Hora Chegada: 11:45	Hora Chegada: 12:15	Hora Chegada: 13:45	Hora: 15:10
	Hora Saída: 12:10	Hora Saída: 13:40	Hora Saída: 13:52	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  Apneia

Circulatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  Filiforme

Abdome  Plano  Globoso  Escavado  Flácido  Em Avental  Gravidico

Membros 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 Incompreensivas 2

## Resposta Motoria:

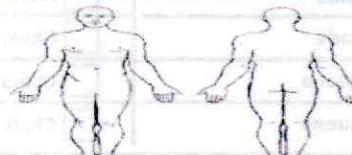
 Obdece comandos 6  
 Localiza Dor 5  
 Movimentos de retardia 4

 Flexão Anormal 3  
 Extensão Anormal 2  
 Nenhuma

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

Recebido paciente, sebada em poltrona, lucida, consciente, orientada, comunicativa, mantendo Acesso central em abaixo da clavícula esquerda, salinizada, transferida para maca e encaminhada para IOV sem intercorrências.



## Materiais Utilizados

# REAL VIDAS

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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável  Data ____/____/____	Enfermagem Responsável  PRISCILA ALVES DOS SANTOS - TEC. TAUBATE Coren/ 1143008 Data ____/____/____	Condutor Socorrista  LUCAS HENRIQUE DE LIMA MONTEIRO CNH/ 01 Data ____/____/____
---	---	--



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador

417827278