

Ficha de Acompanhamento

OS: 1595
VTR: 798 - JUMPER

☒ 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: Central de vagas

Data: 06/06/2025

Origem: HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: VITOR LUCAS

Idade: 5

Contato:

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS/CONVENIO: Bradesco

NºCARTEIRINHA: 774684036005042

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| Km: 82161 | Km: 82164 | Km: 82207 | Km: 82449 | Km: 82266 |
| | Hora Chegada: 12:18 | Hora Chegada: 13:00 | Hora Chegada: 18:05 | |
| Hora: 12:15 | Hora Saída: 12:30 | Hora Saída: 17:27 | Hora Saída: 18:23 | Hora: 18:25 |
| | Visto Origem: | Visto Destino: | Visto Destino: | |

Neurológica

☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas

☒ Isocóricas ☐ Anisocorica ☐ Midriátrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória

☒ Eupnéico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório

☒ Normocárdico ☐ Tarquicardico ☐ Bradicardico ☐ Filiforme

Abdomem

☒ 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 ☐ A dor 2 ☐ voz 3 ☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5 ☐ Confusa 4 ☐ Palavras Impróprias 3 ☐ Palavras Incompreêncivas 2

Resposta Motora:

☒ 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 |
|--------|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| TRAUMA | 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 de ambulância na maca grades e cabeceira elevadas Criança com a mãe e pai ,edema em olhos direito,febril , AVP em msd gelco 22, Isofix dupla vias, salinizado, policlin de Taubaté para realizar exame tc com contraste e sedação,policlin sjc; realizado compressa fria com gases debaixo das axilas e virilha direita e esquerda,retirado as meias ,para diminuir a febre ,sem mais 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 | Conductor Socorrista |
| Data ____/____/____ | CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____ |  CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____ |