

Ficha de Acompanhamento										OS: 1753		
										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"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:					
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER						
Empresa: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE										Solicitante: NIR		
Data: 01/09/2025												
Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA X										SANTA CASA SAÚDE SÃO JOSÉ - SÃO JOSÉ		
SP										CAMPOS   SP		
X										SANTA CASA SAÚDE SÃO JOSÉ - SÃO JOSÉ		
CAMPOS   SP												
Nome: MARCIO ROBERTO DO CARMO										Idade: 51		
Contato:												
Sexo:										<input checked="" type="checkbox"/> Masculino		
										<input type="checkbox"/> Feminino		
SUS/CONVENIO: SUS										NºCARTEIRINHA: 41365663		
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base	
Km: 90078		Km: 0			Km: 90226			Km: 90226			Km: 90290	
Hora: 07:30		Hora Saída: 08:30			Hora Saída: 10:00			Hora Saída: 10:00			Hora: 10:20	
Visto Origem:		Visto Destino:			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		
		125*90						15				
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"/> Localiza Dor 5				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2				
								<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

PACIENTE TRANSFERIDO PARA AVALIAÇÃO SETOR QUEIMADOS, APOS AVALIAÇÃO O PACIENTE FOI INTERNADO



## 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

Dr. Briet

LUIZ BRIET DE ALMEIDA  
CRM/ 49794

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

ERIKA DOS SANTOS FONSECA  
Coren/ 691032

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condutor Socorrista

CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA  
CNH/ 1234546

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_