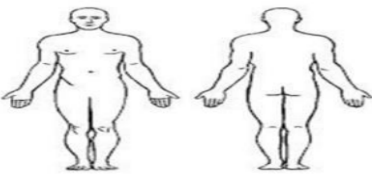


Ficha de Acompanhamento							OS: 1649					
							VTR: 798 - JUMPER					
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input type="checkbox"/> EXAMES		<input type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
<input type="checkbox"/> APH		<input 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: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ				Solicitante: CENTRAL VAGAS				Data: 01/07/2025				
Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ SP				X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP				X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP				
Nome: HENRIQUE CESAR MORAIS MEDINA Idade: 35 Contato:												
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino												
SUS/CONVENIO: UNIMED NºCARTEIRINHA: 0 006 0503941234006												
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base	
Km: 84097		Km: 84109			Km: 84130			Km: 84130			Km: 84130	
		Hora Chegada: 14:27			Hora Chegada: 14:55			Hora Chegada: 14:55				
Hora: 14:00		Hora Saída: 14:35			Hora Saída: 15:05			Hora Saída: 15:05			Hora: 15:05	
		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 checked="" type="checkbox"/> Comunicativo			<input type="checkbox"/> Não Verbaliza							
Pupilas		<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas			<input type="checkbox"/> Anisocórica			<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		
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6				
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Impróórias 3				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2				
				<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2				<input type="checkbox"/> Nenhuma				
TRAUM A	Descrição	Crâ		Face		Col		Tór		Bac		
	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 de ambulância básica com ENFERMAGEM e acompanhante, pa unimed novo Paulista de taubate,RESPIRANDO AA, mantendo AVP EM MSd ,gelco 22,dupla vias,soroterapia, Pará avaliação cirúrgica da uro no hospital unimed caçapava sem INTERCORRENCIAS,




Materiais Utilizados

Condutor Saulo Enfermagem Cristiane isabel

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 ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____