

Ficha de Acompanhamento										OS: 1715	
										VTR: 798 - JUMPER	
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input checked="" 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 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: consulta onco											
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 07/08/2025											
Origem: HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP X CLINICA IOV - TAUBATÉ - TAUBATÉ SP X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP											
Nome: JOSE BENEDITO RODRIGUES DOS SANTOS Idade: 73 Contato: Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: NI											
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 89216		Km: 89279		Km: 89284		Km: 89289		Km: 89325			
		Hora Chegada: 08:55		Hora Chegada: 09:35		Hora Chegada: 13:20					
Hora: 07:45		Hora Saída: 09:20		Hora Saída: 13:10		Hora Saída: 13:31		Hora: 14:00			
		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					
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:			
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5				<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2			
<input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4				<input type="checkbox"/> Nenhuma			
<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêncivas 2											
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 em consulta e exames de oncologia 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	Conductor Socorrista
	Aline Moutinho	
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
	Data ____/____/____	Data ____/____/____