

Ficha de Acompanhamento							OS: 1682																				
							VTR: 318 - SPRINTER																				
<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: 26/07/2025													
Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ SP							X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ SP							X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ SP													
Nome: Marise Maria da Silva Alves							Idade: 72							Contato:													
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino							<input checked="" type="checkbox"/> Feminino																				
SUS/CONVENIO: UNIMED							NºCARTEIRINHA: 0 865 000166449901 0																				
Saída Base		Origem				Destino				Destino				Chegada Base													
Km: 187340		Km: 187359				Km: 187360				Km: 187360				Km: 187381													
		Hora Chegada: 00:40				Hora Chegada: 01:00				Hora Chegada: 01:00																	
Hora: 00:08		Hora Saída: 00:52				Hora Saída: 01:10				Hora Saída: 01:10				Hora: 01:41													
		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 checked="" type="checkbox"/> Orientada 5								<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3							
<input type="checkbox"/> voz 3						<input type="checkbox"/> Nenhuma 1						<input type="checkbox"/> Confusa 4								<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5							
												<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2							
												<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2								<input type="checkbox"/> Nenhuma							
TRAUMA	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


Transferido paciente,de ambulância com enfermagem, acompanhada da filha respirando AA mantendo AVP em MSE gelco 22dupla vias salinizado, sato² 91% FC 101,do PA da Unimed Taubaté ,para internação ao hospital policlin Taubaté ,HD Itu e pnm acomodado no leito,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	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____