

Ficha de Acompanhamento

OS: 1810
VTR: 318 - SPRINTER

☐ 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: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Solicitante: nir

Data: 23/10/2025

Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA | SP

X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: MARIO RIBEIRO DOS SANTOS

Idade: 75

Contato:

Sexo:

☒ Masculino

☐ Feminino

SUS/CONVENIO: sus

NºCARTEIRINHA: 32944154

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 194624	Km: 194690	Km: 194775	Km: 194775	Km: 194873
	Hora Chegada: 08:47	Hora Chegada: 09:51	Hora Chegada: 09:51	
Hora: 07:30	Hora Saída: 09:00	Hora Saída: 10:07	Hora Saída: 10:07	Hora: 19:21
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica

☒ Lúcido

☒ Orientado

☒ Consciente

☐ Confuso

☐ Comunicativo

☐ Não Verbaliza

Pupilas

☒ Isocóricas

☐ Anisocorica

☐ Midrítrica

☐ 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
08:15	120*89	79	16	15	36	94	-

Abertura ocular:

☒ Espontânea 4

☐ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Improórias 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
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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE ORIENTADO E CONCIENTE PARA REALIZAÇÃO DE CATETERISMO SEM INTERCORRENCIAS NO TRAJETO



REALVIDAS

Materiais Utilizados

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

MARIA DA PENHA SILVESTRE DE OLIVEIRA
DONATILIO
Coren/ 495594

Data ____/____/____

Conductor Socorrista

CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA
CNH/ 1234546

Data ____/____/____