

Ficha de Acompanhamento										OS: 1543			
										VTR: 520 - DUCATO			
<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 checked="" 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: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS										Solicitante: C. VAGAS		Data: 21/05/2025	
Origem: HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP										X WK TAUBATÉ - TAUBATÉ SP		X HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP	
Nome: CAUE ROLIN DE SOUZA										Idade: 16		Contato:	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino										<input type="checkbox"/> Feminino			
SUS/CONVENIO: BRADESCO										NºCARTEIRINHA: 775317002682016			
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base					
Km: 81103		Km: 81143		Km: 81173		Km: 81205		Km: 81210					
		Hora Chegada: 06:10		Hora Chegada: 07:25		Hora Chegada: 09:55							
Hora: 05:30		Hora Saída: 06:30		Hora Saída: 09:20		Hora Saída: 10:05		Hora: 10:32					
		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"/> 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"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico	<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"/> Localiza Dor 5					
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3					
								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2					
								<input type="checkbox"/> Nenhuma					
T R A U M A	Descrição	Crã	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mle			
	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

chegada a wk diagnose de taubate paciente Caue acompanhada da mãe, consciente orientado,apresentou vômito em pouca quantidade, de cor amarelo sato²98% FC 89 bpm ,mantendo avp em msd gelco 22 isofix dupla vias ,lateralidade para lado direita sem mais intercorrença. ao aguarda o exame de tc de abdômen total com contraste, apresentou vômito mas não havia mais presença de líquido. Sala de exame puncionado avp em mãe gel o 20 isofix dupla via-sacra contraste pelos profissionais de enfermagem da wk dianose. saída da wk da wdianose . chegada policlin caçapav ,acomodado no leito e sem acesso venoso no Sem intercorrenças.

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedaglos		Outros:			Refeição / Lanche		Sím	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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável Data ____/____/____	Enfermagem Responsável CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	Conductor Socorrista  SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
---	--	---



7/ Cauê Rolim de Souza

Solicito pedido de ambulância

Simple P/ realização

de TC, Amniocentese de tomografia

em P/ atue

[Signature]
Dra Vitória A. Carvalho
Médica
CRM-SP 248573

Dr(a).

CRM:

19/05/25.

Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 -- SJCampos / SP
Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos / SP
Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos / SP
Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí / SP
Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté - SP