

Ficha de Acompanhamento

OS: 1495
VTR: 5

☒ 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: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS
Origem: PERÍMETRO - TAUBATÉ | SP

Solicitante: Central de vagas
X WK TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Data: 30/04/2025
X HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: Ariane Ribeiro Borges
Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
SUS/CONVENIO: Porto Seguro

Idade: 45
NºCARTEIRINHA: 4753578309142420

Contato:

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Km: 78725 | Km: 78733 Hora Chegada: 14:00 | Km: 78734 Hora Chegada: 14:20 | Km: 78735 Hora Chegada: 16:15 | Km: 78739 |
| Hora: 13:40 | Hora Saída: 14:10 Visto Origem: | Hora Saída: 16:10 Visto Destino: | Hora Saída: 16:30 Visto Destino: | Hora: 17:00 |

Neurológica☒ Lúcido☒ Orientado☒ Consciente☐ Confuso☒ Comunicativo☐ Não Verbaliza

Pupilas☒ Isocóricas☐ Anisocorica☐ Midriátrica☐ 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 AlteradosMembros Inferiores☐ Alterados☒ Não Alterados

Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular:
☒ Espontânea 4
☐ voz 3

☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:
☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incomprêencivas 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 |
|----------------------------|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| T R A U M A | 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


14:00h Chego ao hospital de origem paciente em leito acompanhada do marido,consciente, orientada,em AA,afebril,eupneica,normocardica,mantendo AVP em ms(D) jelco 20,transfiro para ,maca e conduzo a ambulância. 16:15h Retorno ao hospital de origem após realização de exame sem intercorrencia.



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