

Ficha de Acompanhamento

OS: 1544
VTR: 1

<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: 20/05/2025

Origem: HOSPITAL POLICLIN - TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP X WK TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP X HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: ANA CRISTINA Ana GUSMÃO DOS SANTOS Idade: 32 Contato:

Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: 775317003727018

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 142329	Km: 142370	Km: 142392	Km: 142411	Km: 142430
	Hora Chegada: 05:32	Hora Chegada: 06:40	Hora Chegada: 09:10	
Hora: 05:45	Hora Saída: 06:20	Hora Saída: 08:44	Hora Saída: 09:23	Hora: 09:30
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☒ Globoso ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental ☐ Gravidico

Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados **Membros Inferiores** ☐ Alterados ☒ Não Alterados

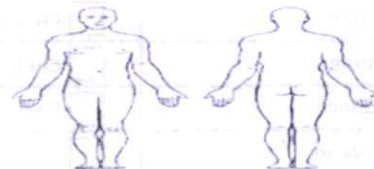
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3	Resposta Verbal: <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	Resposta Motora: <input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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	Assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Realização de exame tc, sem intercorrências



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios		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 - Pequeno	<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 ____/____/____



P/ Ana Cristina Guemão Dos Santos

Solicito pedido de ambulância

Simplex p/ urgência realização de
TC de crânio, devido ausência
de tomografia em unidade atual.

Dr(a).

CRM:

49105/25.

Dra. Vitoria A. Carvalho
Médica
CRM-SP 248573

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 - Jacaré / 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