

Ficha de Acompanhamento

OS: 1721
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:
abdome

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS
Origem: HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Solicitante: CENTRAL VAGAS
X HOSPITAL POLICLIN MATERNIDADE - SJC - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Data: 12/08/2025
X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: JOÃO PEREIRA DOS SANTOS
Sexo: ☒ Masculino
SUS/CONVENIO: MED SERVICE

Idade: 68
☐ Feminino
NºCARTEIRINHA: 951014966314361801

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 188753	Km: 188669	Km: 11815	Km: 188871	Km: 188900
	Hora Chegada: 19:28	Hora Chegada: 20:20	Hora Chegada: 21:27	
Hora: 19:00	Hora Saída: 19:40	Hora Saída: 20:55	Hora Saída: 21:40	Hora: 22:00
	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

Abdome

☐ 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:

☒ Espontânea 4
☐ voz 3

☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incomprêncivas 2

Resposta Motora:

☒ Obdece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4

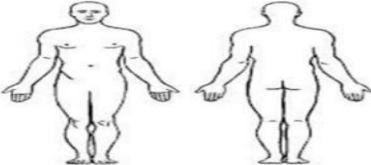
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

T R A U M A

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


Chego no hospital de origem paciente no leite consciente orientado em AA afebril eupneico normocardico mantendo sonda nasogástrica para drenagem acesso venoso periferico em MSD jelco 20 transfiro para maca e conduzo para ambulância. Chego ao hospital de destino para realização de tomografia. Retorno ao hospital de destino transfiro paciente para equipe local .



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	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
	Data ____/____/____	Data ____/____/____