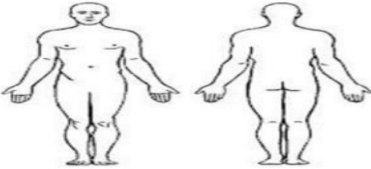


Ficha de Acompanhamento										OS: 1737		
										VTR:		
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES		<input type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input checked="" type="checkbox"/> T. C . HIPER		
										Outro: CRANIO		
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: Cv Data: 26/08/2025												
Origem: HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP X HOSPITAL POLIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS SP X HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP												
Nome: Najhele Sousa Ferreira Idade: 31 Contato:												
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino												
SUS/CONVENIO: Bradesco NºCARTEIRINHA: 611091420060034												
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base	
Km: 190580		Km: 190605			Km: 190629			Km: 190655			Km: 190682	
Hora: 19:05		Hora Chegada: 19:36			Hora Chegada: 20:14			Hora Chegada: 21:06			Hora: 22:00	
		Hora Saída: 19:42			Hora Saída: 20:36			Hora Saída: 21:12				
		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"/> Anisocorica		<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"/> Taquipneico		<input type="checkbox"/> Bradipneico		<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 type="checkbox"/> Plano		<input checked="" 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		
		130*97						15				
Sat O2		Hgt										
		99										
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6				
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2				
				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Nenhuma				
TRAUM 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						Assinatura						
RG/CPF												

Observações Médicas / Enfermeiros


Transferido paciente Najhele Souza Ferreira ,de ambulância básica com enfermagem e acompanhante, respirando AA mantendo AVP em MSD gelco 20 dupla vias salinizado,HD: cefaléia SIC,para realizar exame de TC crânio sem contraste, retorno acomodado no leito hemodinamicamente estáveis sem INTERFERÊNCIAS.



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	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____