

Ficha de Acompanhamento

OS: 1507

VTR: 5

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM T. C . HIPER

Empresa: UNIMED DE CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - TAUBATÉ Solicitante: Central de vagas Data: 06/05/2025

Origem: HOSPITAL UNIMED - TAUBATÉ | SP X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: Julio César dos Santos leite

Idade: 36

Contato:

Sexo:

 Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: Unimed

NºCARTEIRINHA: 09700024003012104

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 179534	Km: 179538	Km:	Km: 0	Km: 179581
Hora: 17:40	Hora Chegada: 17:48	Hora Chegada: 18:18	Hora Chegada: 18:18	
	Hora Saída: 18:25	Hora Saída: 18:25	Hora Saída: 18:25	Hora: 19:12
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não VerbalizaPupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico ApneiaCirculatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico FiliformeAbdomem Plano Globoso Escavado Flácido Em Avental GravidicoMembros 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 voz 3	<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1
--	----------------------------------	------------------------------------

Resposta Verbal:

<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5
<input type="checkbox"/> Confusa 4
<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3
<input type="checkbox"/> Palavras Incompréhencivas 2

Resposta Motoria:

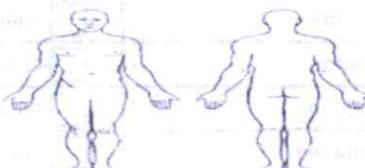
<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> Movimentos de retardada 4

<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 ambulância 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

PACIENTE ENCAMINHADO PARA REMOÇÃO CONSCIENTE E ORIENTADO DEAMBULANDO, APRESANTA AVP REALIZADO EM MSE SEM REAÇÃO ALERGICAS. RECEBIDO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIMED CAÇAPAVA E ENCAMINHADO AO LEITO. TRANSFERENCIA SEM INTERCORRENCIAS.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
	DANIELE DA SILVA BRAGA Coren/ 760601	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	SUAU RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
		Data ____/____/____

