

Ficha de Acompanhamento

OS: 1624  
VTR: 798 - JUMPER

☐ 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: SANTA CASA - CRUZEIRO - CRUZEIRO | SP

Solicitante: CENTRA VAGAS  
X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Data: 20/06/2025  
X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: Fátima DAS GRAÇAS CARVALHO BORGES LEITE  
Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino  
SUS/CONVENIO: Sul América

Idade: 64  
NºCARTEIRINHA: NI

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 82824	Km: 82903	Km: 84042	Km: 84042	Km: 83104
	Hora Chegada: 07:50	Hora Chegada: 09:40	Hora Chegada: 09:40	
Hora: 06:50	Hora Saída: 08:00	Hora Saída: 10:00	Hora Saída: 10:00	Hora: 10:30
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

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 Imprórias 3  
☐ Palavras Incompreêncivas 2

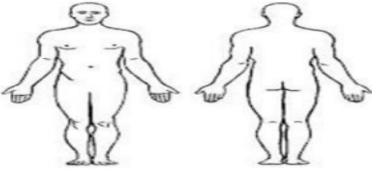
Resposta Motora:  
☒ Obdece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4

☐ 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


Paciente com suspeita de tc, Transferência sem INTERCORRESCIA



REALVIDAS

## Materiais Utilizados

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		

<div>Médico Responsável</div> <div>Dr. Briet</div> <div>LUIZ BRIET DE ALMEIDA</div> <div>CRM/ 49794</div> <div>Data ____/____/____</div>	<div>Enfermagem Responsável</div> <div>Aline Moutinho</div> <div>ALINE CRISTINA MOUTINHO</div> <div>Coren/ 871076</div> <div>Data ____/____/____</div>	<div>Condutor Socorrista</div> <div></div> <div>CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA</div> <div>CNH/ 1234546</div> <div>Data ____/____/____</div>
--	--	---