

Ficha de Acompanhamento										OS: 1722	
										VTR: 318 - SPRINTER	
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input 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 checked="" 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 type="checkbox"/> T. C . HIPER	
Outro:											
Empresa: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ				Solicitante: CENTRAL VAGAS				Data: 13/08/2025			
Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ SP				X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP				X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP			
Nome: MARIA LUISA ALVES RIBEIRO Idade: 4 Contato:											
Sexo:		<input type="checkbox"/> Masculino		<input checked="" type="checkbox"/> Feminino							
SUS/CONVENIO: UNIMED				NºCARTEIRINHA: 0 091 046700000130 2							
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 188892		Km: 189912		Km: 188933		Km: 188933		Km: 188969			
Hora: 20:20		Hora Chegada: 20:50		Hora Chegada: 21:25		Hora Chegada: 21:25		Hora: 22:31			
Hora Saída: 21:56		Hora Saída: 21:38		Hora Saída: 21:38		Hora Saída: 21:38		Visto Destino:			
Visto Origem:		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"/> Anisocórica		<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 checked="" type="checkbox"/> Plano		<input 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	
Sat O2		Hgt									
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:			
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6			
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5			
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4			
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3			
								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2			
								<input type="checkbox"/> 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						Assinatura					
RG/CPF											

Observações Médicas / Enfermeiros


Transferido criança Ana Júlia Alves Ribeiro, com a mãe ativa, de ambulância básica com enfermagem, respirando AA corada SIC hd amigdalite aguda recorrente, mantendo AVP em MSD gelco 22 dupla vias salinizado, hemodinamicamente estável SAT O₂ 98 % FC 98, de PA UNIMED Taubaté, acomodado no leito passo aos cuidados da enfermagem do hospital Unimed Caçapava, 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 ____/____/____