

Ficha de Acompanhamento

OS: 1652
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: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ

Solicitante: central vagas

Data: 01/07/2025

Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: EVERTON LUIZ LEMES DOS SANTOS

Idade: 41

Contato:

Sexo:

☒ Masculino

☐ Feminino

SUS/CONVENIO: unimed

NºCARTEIRINHA: 0 865 261601785200 7

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 84477	Km: 84483	Km: 84484	Km: 84484	Km: 84491
	Hora Chegada: 23:23	Hora Chegada: 23:45	Hora Chegada: 23:45	
Hora: 23:00	Hora Saída: 23:35	Hora Saída: 23:52	Hora Saída: 23:52	Hora: 00:20
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica

☒ Lúcido

☒ Orientado

☒ Consciente

☐ Confuso

☒ Comunicativo

☐ Não Verbaliza

Pupilas

☒ Isocóricas

☐ Anisocórica

☐ 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 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 Impróprias 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


Chego ao hospital de origem, paciente consciente orientado afebril eupneico normocardico avp em msd. Chego ao hospital de destino transfiro paciente aos cuidados da 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
Data ____/____/____	Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____