

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1647  
VTR: 798 - JUMPER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES X 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		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: 30/06/2025

Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP      X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP      X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: JOAO CLOVIS      Idade: 0 anos      Contato:  
Sexo:  Masculino       Feminino  
SUS/CONVENIO: UNIMED      NºCARTEIRINHA: 00407032090310005

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 83984	Km: 83967 Hora Chegada: 11:47	Km: 83968 Hora Chegada: 11:59	Km: 83968 Hora Chegada: 11:59	Km: 0
Hora: 11:30	Hora Saída: 11:54 Visto Origem:	Hora Saída: 12:20 Visto Destino:	Hora Saída: 12:20 Visto Destino:	Hora: 13:05

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 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 Improórias 3  
Palavras Incompréencivas 2

### Resposta Motora:

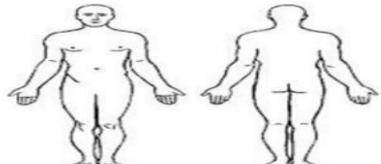
Obdece comandos 6  
Localiza Dor 5  
Movimentos de retardia 4

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

TRANSFERENCIA DO PACIENTE SEM INTERCORRENCIAS



## 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 <hr/> Data ____/____/____	Enfermagem Responsável <hr/> CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 <hr/> Data ____/____/____	Condutor Socorrista <hr/> <i>Saulo R. Cesan</i> <hr/> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 <hr/> Data ____/____/____
---	--	--