

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 520

- BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO SIV - INT

Tipos de Exames

<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM
<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input checked="" type="checkbox"/> T. C. HIPER.

Outros:

EMPRESA *Promed.* Solicitante *C. Vargas.* Data *24.02.25*

Origem: *H. B. clin. Soc. - x H. P. SJC. 95. x H. I. JA*

Nome: *Apolo Pinos DE MORAES* Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO *BRADESCO*

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
m 138416	km 139455	km 139473	km 139496	km 139573.
	Hora Chegada 20:35.	Hora Chegada 21:08	Hora Chegada 22:10	
	Hora Saída 20:50	Hora Saída 21:38	Hora Saída 22:20	
hora 20:00	Visto Origem Shirley de Oliveira Rosa COREN-SP 088644 - AE	Vista Destino Carla F. Mallmann Enfermeira Obstetra COREN-SP 218540		Hora 23:30

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante 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
- Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incomprêencivas 2
 Nenhuma 1

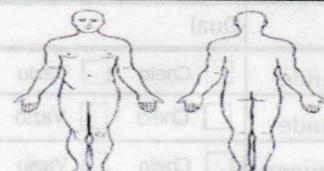
Resposta Motora

- Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4
 Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 Nenhuma

TRAUMA	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

assinatura

C/CPN

Observações Médicas / Enfermeiros

Temorpe Resolizadas Sem Intervenções

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Qual	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
Data _____

Enfermagem Responsável
<i>Bmg Santana</i>
Data 24/02/25

Condutor Socorrista
<i>Jur</i>
Data _____



4243666

VTR

520

PARTICULAR APH
 SIV - INT

Apollo P. de Moraes

Socorro:

1) suscência com
 para transporte de
 paciente, para
 requisição de rouo -
 gasto de óxido.

Dra. Maria Helena Figueiredo
 CRM-SP 173.368
 CRB-SP 2.149
 CNS 980016290892617

24.02.25

Dr(a).

CRM:

Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 - SJCampos-SP
 Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos-SP
 Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos-SP
 Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí-SP
 Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
 Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté-SP

TR

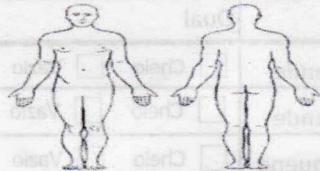
Frat

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

assinatura

RG/CPF