

Ficha de Acompanhamento

OS: 1652
VTR: 798 - JUMPER

<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		
APH	<input checked="" type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT			
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 N°CARTEIRINHA: 0 865 261601785200 7

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

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:

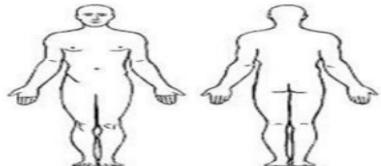
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T	Escoriação									
R	Cont									
A	Ferim									
U	Luxa									
M	Frat									
A	Lace									
M	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 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista <i>Saulo RDCesar</i> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
---	---	---