

Ficha de Acompanhamento

OS: 1779
VTR: 798 - JUMPER

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
APH	X 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: ACL SERVICOS EM SAUDE LTDA
Solicitante: CENTRAL VAGAS - AT -413838 Data: 18/09/2025
Origem: HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ X CLINICA CHUI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SÃO JOSÉ
CAMPOS | SP X CLINICA CHUI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SÃO JOSÉ
CAMPOS | SP

Nome: FELIPE RAMOS DE SOUZA FERES Idade: 21 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: SUL AMERICA N°CARTEIRINHA: 01898040147910116

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 90727	Km: 90651	Km: 90964	Km: 90964	Km: 90792
Hora: 21:33	Hora Chegada: 22:05	Hora Chegada: 22:53	Hora Chegada: 22:53	Hora: 00:50
	Hora Saída: 22:25	Hora Saída: 23:30	Hora Saída: 23:30	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

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

Abdômen 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
22:40	120*80	78	13	15	-	98	-

Abertura ocular:

Espontânea 4 A dor 2
 voz 3 Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréencivas 2

Resposta Motoria:

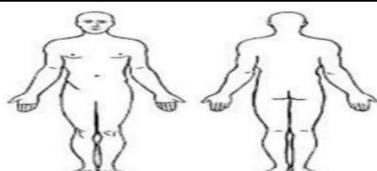
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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 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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Realizada remoção em USA do Ponto Atendimento do Hospital Regional de Taubaté para Associação Instituto Chuí de Psiquiatra no município de São José dos Campos. HD: Tentativa de Auto extermínio. Com AVP em fossa cubital esquerda, curativo oclusivo na região do pescoço, em uso de 2 comprimidos VO de Sertralina administrado pela equipe do pronto atendimento. Encontrado em leito, lúcido, orientado em tempo e espaço, comunicativo, apresentando sonolência, leve tontura e feição abatido. Ventilando em ar ambiente. Tórax simétrico com expansão bilateral MV +. BCNF 2T S/S. Pulso normosfigmnia. Perfusion menor que 2 segundos. Abdômen flácido, RH+ normoreativos. Relatou eliminações dentro das normalidades. Mantido monitorização não invasiva durante o trajeto e grades e cabeceira elevada a 30. Aferido SSVV: Não houve intercorrências durante o transporte.



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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável EDSON GABRIEL GONÇALVES CONCEIÇÃO Coren/ 798910 Data ____/____/____	Condutor Socorrista  CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
---	---	--