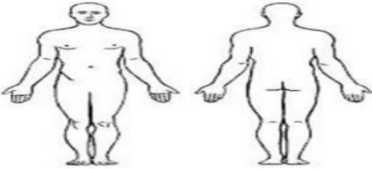


Ficha de Acompanhamento							OS: 1554			
							VTR: 798 - JUMPER			
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input checked="" type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR					
<input type="checkbox"/> APH	<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT						
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE	<input checked="" type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:			
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER				
Empresa: ACL SERVICOS EM SAUDE LTDA							Solicitante: C. VAGAS			
Data: 23/05/2025										
Origem: HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS   SP							X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP			
Nome: DANIEL HUMAITA ALMEIDA DE ABREU							Idade: 2			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino							<input type="checkbox"/> Feminino			
SUS/CONVENIO: SUL AMERICA							NºCARTEIRINHA: 88888484691490106			
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base		
Km: 81723		Km: 81731		Km: 81774		Km: 81817		Km: 81826		
Hora: 22:20		Hora Chegada: 22:40		Hora Chegada: 23:50		Hora Chegada: 01:12				
		Hora Saída: 23:15		Hora Saída: 00:35		Hora Saída: 01:21		Hora: 01:40		
		Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:				
Neurológica		<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado		<input type="checkbox"/> Consciente		<input checked="" type="checkbox"/> Confuso		
		<input type="checkbox"/> Comunicativo		<input type="checkbox"/> Não Verbaliza						
Pupilas		<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas		<input type="checkbox"/> Anisocórica		<input type="checkbox"/> Midriátrica		<input type="checkbox"/> Miotica		
		<input type="checkbox"/> D ou E		<input type="checkbox"/> É Maior						
Respiratória		<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico		<input type="checkbox"/> Taquipneico		<input type="checkbox"/> Bradipneico		<input type="checkbox"/> Dispneico		
		<input type="checkbox"/> Apneia								
Circulatório		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Tarquicardico		<input type="checkbox"/> Bradicardico		<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdomem		<input type="checkbox"/> Plano		<input type="checkbox"/> Globoso		<input type="checkbox"/> Escavado		<input type="checkbox"/> Flácido		
		<input type="checkbox"/> Em Avental		<input type="checkbox"/> Gravidico						
Membros Superior		<input type="checkbox"/> Alterados		<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados		
		<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados								
Sinais Vitais										
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		
TEMP		Sat O2		Hgt						
Abertura ocular:		Resposta Verbal:		Resposta Motora:						
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4		<input type="checkbox"/> A dor 2		<input type="checkbox"/> Orientada 5		<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6		<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3		
<input type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input checked="" type="checkbox"/> Confusa 4		<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5		<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2		
				<input type="checkbox"/> Palavras Impróórias 3		<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4		<input type="checkbox"/> Nenhuma		
				<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2						
TRAUM 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						Assinatura				
RG/CPF										

# Observações Médicas / Enfermeiros


transferencia 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		

<b>Médico Responsável</b>  Dr. Briet  LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	<b>Enfermagem Responsável</b>  Aline Moutinho  ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	<b>Condutor Socorrista</b>    SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
--	--	---