

Ficha de Acompanhamento							OS: 1707				
							VTR: 798 - JUMPER				
<input type="checkbox"/> BÁSICA		<input 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 type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input checked="" type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER	
							Outro: CRANIO				
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS							Solicitante: CENTRAL VAGAS		Data: 05/08/2025		
Origem: HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ SP							X WK TAUBATÉ - TAUBATÉ SP		X HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ SP		
Nome: Manuela Cristina g dos Santos							Idade: 8		Contato:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino							<input checked="" type="checkbox"/> Feminino				
SUS/CONVENIO: BRADESCO							NºCARTEIRINHA: 775242007854032				
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 86660		Km: 88700		Km: 88681		Km: 88682		Km: 88700			
		Hora Chegada: 11:30		Hora Chegada: 12:00		Hora Chegada: 13:08					
Hora: 10:53		Hora Saída: 11:45		Hora Saída: 12:27		Hora Saída: 13:46		Hora: 15:07			
		Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:					
Neurológica		<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado		<input checked="" type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Confuso		<input type="checkbox"/> Comunicativo	
		<input type="checkbox"/> Não Verbaliza									
Pupilas		<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas		<input type="checkbox"/> Anisocorica		<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6			
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5			
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4			
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3			
								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2			
								<input type="checkbox"/> 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						Assinatura					
RG/CPF											

Observações Médicas / Enfermeiros


Transferido criança neuro crítica de 11a acompanhada da mãe ,de ambulância UTI,com enfermagem e médica,respirando AA,ativa com dreno derivação ventricular externa neurocirurgião PIC e adve para drenagem licorica e monitaorização pressão intracraniana , calma respondendo chamado verbais ,deixando no nível do meato acústico da criança,mantendo AVP em PIC dupla vias salinizado,para realizar exame de ressonancia magnetico crânio com contraste a realizar com sedação na clínica wk diagnose ,normotensa,sato²98,% fc79 bpm respirando 18rpm,dentro 122mm/ gdlpa 100x80mm/hghemodinamicamente estável,retorno acomodado no leito da UTI infantil hrvp,sem intercorrências.



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	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
GIOVANA ZAMBONI MOREIRA CRM/ 273.790	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
		Data ____/____/____