

Ficha de Acompanhamento

OS: 1634  
VTR:

☒ BÁSICA  
☐ APH

☐ EXAMES  
☒ TRASF. HOSPITALAR

☐ UTI ADULTO  
☐ ALTA HOSPITALAR

☐ UTI NEO  
☐ INTERNAÇÃO

☐ EVENTOS  
☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

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: 23/06/2025

Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: Maynarab arracas antunes

Idade: 28

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS/CONVENIO: UNIMED

NºCARTEIRINHA: 00026471800037002

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 186365	Km: 186376	Km: 186377	Km: 186377	Km: 186388
	Hora Chegada: 07:44	Hora Chegada: 08:10	Hora Chegada: 08:10	
Hora: 07:14	Hora Saída: 07:58	Hora Saída: 08:33	Hora Saída: 08:33	Hora: 09:10
	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

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

☐ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Imprórias 3

☐ Palavras Incompreêncivas 2

Resposta Motora:

☒ 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 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


Transferido paciente , grades e cabeceira elevadas, com enfermagem , ACOMPANHADA do namorado,de PA UNIMED TAUBATÉ para policlin Taubaté, respirando AA, mantendo avp em mse gelco 22, isofix dupla vias soroterapia e avp em msd gelco20 isofix, dupla vias soroterapia ,DRAMIM E NAUSEDRONSIC,COGITUOA IDEIA DE ADMINISTRAÇÃO de plasma,mas não precisou. Segue sem intercorrências. Saulo e Cristiane.



## 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
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____