

Ficha de Acompanhamento

OS: 1789
VTR: 318 - SPRINTER

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO | <input 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 GTT | <input type="checkbox"/> TOMO TQT / TQM | <input type="checkbox"/> RX US | <input type="checkbox"/> CPRS RMN | <input type="checkbox"/> PET SCAM T. C. HIPER | Outro: Tc de cotovelo esquerco |

Empresa: UNIMED CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Solicitante: CENTRAL VAGAS
Data: 30/09/2025

Origem: HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP X CLINICA VIDA - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: Marlene Maria Ferreira campos Idade: 0 anos Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: Unimed N°CARTEIRINHA: 0044514985000530

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| Km: 193363 | Km: 193453 | Km: 193545 | | Km: 193458 |
| Hora: 02:45 | Hora Chegada: 02:48 Visto Origem: | Hora Chegada: 03:01 Visto Destino: | Hora Chegada: 03:33 Visto Destino: | Hora: 03:15 |

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

Abdômem 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 Incomprêencivas 2

Resposta Motoria:

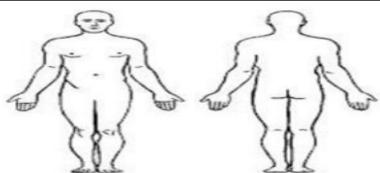
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

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 | | | | | | | | | |
| | 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

Transferido paciente de ambulância básica com enfermagem realizar exame de imagem sem intercorrências. Condutor Carlos Enfermagem 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 | Condutor Socorrista |
| | CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 | <i>Aval</i> |
| Data ____/____/____ | Data ____/____/____ | CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 |
| | | Data ____/____/____ |