

Ficha de Acompanhamento

OS: 1493
VTR: 5

☐ 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: HOSPITAL CEPOG LTDA

Solicitante: Central de vagas

Data: 30/04/2025

Origem: PERIMETRO DE GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ | SP

X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETA | SP

X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETA | SP

Nome: Leonor R. F. de Melo e Silva.

Idade: 80

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS/CONVENIO: Unimed

NºCARTEIRINHA: 7021000018005

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 78764	Km: 78815	Km: 78818	Km: 78818	Km: 78878
	Hora Chegada: 23:44	Hora Chegada: 00:01	Hora Chegada: 00:01	
Hora: 22:45	Hora Saída: 23:55	Hora Saída: 00:20	Hora Saída: 00:20	Hora: 00:01
	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 voz 3

☐ A dor 2

☐ 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


23:44h Chego ao hospital de origem paciente em leito de emergência com consciente, orientada, em AA, afebril, eupneica, normocardica, mantendo AVP em msd (D) jelco 22, transfiro para maca e conduzo à ambulância. 00:01h Chego ao hospital de destino passo paciente aos cuidados da equipe l9cal.



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
Dr. Briet	Aline Moutinho	
LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____