

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1551  
VTR: 798 - JUMPER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
APH	<input checked="" type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT			
Tipos de Exames		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA  
Solicitante: CENTRAL VAGAS  
Data: 22/05/2025

Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: LARISSA C R DO E SANTO  
Idade: 0 anos  
Contato:  
Sexo:  Masculino  Feminino  
SUS/CONVENIO: UNIMED NºCARTEIRINHA: 09700020010763435

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 81610	Km: 81616 Hora Chegada: 18:53	Km: 81640 Hora Chegada: 19:45	Km: 81640 Hora Chegada: 19:45	Km: 81686
Hora: 18:46	Hora Saída: 19:05 Visto Origem:	Hora Saída: 20:00 Visto Destino:	Hora Saída: 20:00 Visto Destino:	Hora: 21:00

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 Improórias 3  
Palavras Incompréhencivas 2

### Resposta Motora:

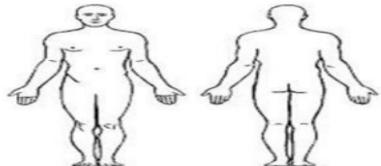
Obdece comandos 6  
Localiza Dor 5  
Movimentos de retardia 4

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									
M	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 do hospital cepg de guaratinguetá, paciente para avaliação da uro dr antonio neves,exames prontos, juntos aos documentos ,para hospital 10 de julho de pindamonhangaba ,sem intercorrências acompanhante ,fez a ficha na reação do hospital,chegei meios próprios.



### Materiais Utilizados

# REALVIDAS

Pedágios	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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável  Data ____/____/____	Enfermagem Responsável  CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956  Data ____/____/____	Condutor Socorrista    SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35  Data ____/____/____
---	--	--