

Ficha de Acompanhamento

OS: 1673  
VTR: 798 - JUMPER

☐ 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: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Solicitante: NIR

Data: 18/07/2025

Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA | SP

☒ HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

☒ HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: CELESTE FIGUEIRA DO COUTO

Idade: 79

Contato:

Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS/CONVENIO: SUS

NºCARTEIRINHA: 7458035

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 87119	Km: 87179	Km: 87225	Km: 87225	Km: 87244
	Hora Chegada: 08:25	Hora Chegada: 09:25	Hora Chegada: 09:25	
Hora: 07:22	Hora Saída: 09:00	Hora Saída: 10:10	Hora Saída: 10:10	Hora: 10:15
	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
09:15	95 * 70	69	19	14		98	121

Abertura ocular:

☒ Espontânea 4

☐ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Improórias 3

☐ Palavras Incompreêncivas 2

Resposta Motora:

☐ Obdece comandos 6

☒ Localiza Dor 5

☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3

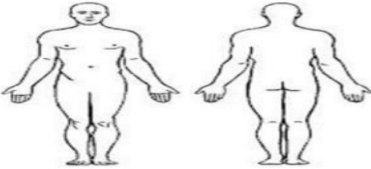
☐ Extensão Anormal 2

☐ Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T R A U M A	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

Respirando em AA, descorada, (SIC), IAM, HAS, DM, fratura tardio de fêmur esquerdo, cateterismo anjeoplastia, mais recente na data de 14/05/2025, precordialgia, pupila iso+, anasarca, AVPMDS, nega alergia, mantendo AVP em MSD, gelcol 20, dupla via salenizado, monitorizada multi-parâmetros e hemodinamicamente estável, 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

Dr. Briet

LUIZ BRIET DE ALMEIDA  
CRM/ 49794

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS  
Coren/ 1027956

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condutor Socorrista

CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA  
CNH/ 1234546

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_