

Ficha de Acompanhamento

OS: 1546
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: HOSPITAL CEPOG LTDA
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP

Solicitante: C. VAGAS
X HOSPITAL UNIMED LORENA - LORENA | SP

Data: 22/05/2025
X HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP

Nome: JOSÉ BENEDITO SANTANA
Sexo: ☒ Masculino
SUS/CONVENIO: UNIMED

Idade: 0 anos
☐ Feminino
NºCARTEIRINHA: 00200163001691009

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 81518	Km: 81570	Km: 81590	Km: 81610	Km: 81610
	Hora Chegada: 10:04	Hora Chegada: 10:53	Hora Chegada: 17:00	
Hora: 08:50	Hora Saída: 10:30	Hora Saída: 16:55	Hora Saída: 17:25	Hora: 23:53
	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 AlteradosMembros 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 Impróórias 3
☐ Palavras Incomprêencivas 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 o paciente, dado hospital do cepog guaratingueta para clínica da olz da cidade de Lorena para realizar o exame de cintilografia ,sem intercorrencias. 14:53hs paciente apresentou calafrios realização de temperatura ,37.8afebril adm med a pedido do dr Luis,sendo mesmo orientado da conduta médica por ligação do acompanhante, esposa do paciente a admdipirona 40gts,vó,. 15:30 hs medicado o paciente com hidrocortizona 300mg injetáveis no acesso venoso pico uma via msd salinizado10 mlagua para injeção, medicação 20ml*3ml hidrocortizona ev ,a pedido dr Luiz orientado por telefone com a conduta médica da família feito por ligação da esposa ,depois de tremores contínuo do paciente..segue instável com melhora e aguarda o restante do exame.




Materiais Utilizados

2 seringa de 10 ,03 água destilada de 10ml 01 frasco de hidrocortizona de 500mg ev,agulha 30x08

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  SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
--	---	---