

Ficha de Acompanhamento

OS: 1733  
VTR: 318 - SPRINTER

☐ 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: ACL SERVICOS EM SAUDE LTDA

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 22/08/2025

Origem: SANTA CASA LORENA - LORENA | SP

X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: Camila Aparecida Cardoso de Paula

Idade: 42

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS/CONVENIO: Sul América

NºCARTEIRINHA: 01349003000930020

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 190011	Km: 190084	Km: 190191	Km: 190191	Km: 190290
	Hora Chegada: 00:30	Hora Chegada: 02:00	Hora Chegada: 02:00	
Hora: 23:16	Hora Saída: 00:40	Hora Saída: 02:28	Hora Saída: 02:28	Hora: 03:50
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica

☒ Lúcido

☒ Orientado

☐ Consciente

☐ Confuso

☐ Comunicativo

☐ Não Verbaliza

Pupilas

☒ Isocóricas

☐ Anisocorica

☐ Midrítrica

☐ 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

☐ 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

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

Realizada transferência hospitalar do pronto atendimento da Santa Casa de Lorena para Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Vivalle em São José dos Campos, segue acompanhada pelo esposo Luis Eduardo. Cliente lúcida, orientada em tempo e espaço, pupilas isocóricas fotorreagentes bilateral, ventilando em ar ambiente MV+ sem ruídos adventícios, BCNF2T S/S, pulsos cheios rítmico, normosfigmia bilateral, perfusão periférica <2seg. Apresenta melena ao evacuar. Ao exame realizado de TC apresentou cirurgia anterior de bariátrica e cisto renal, sem outras evidências. Durante o transporte mantido, monitorização da dor, sinais vitais, sem alterações, cabeceira elevada 15°, grades elevadas, acesso venoso periférico em dorso do antebraço direito com SF0,9% 500 mL, foi medicada com dipirona EV 40 minutos antes da remoção. Não houve hemorragias e outras intercorrências durante o trajeto e transmitdo o caso clínica para equipe da UTI do Vivalle.



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

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Dr. Briet		
LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794	EDSON GABRIEL GONÇALVES CONCEIÇÃO Coren/ 798910	<i>SAULO RDCesar</i>
Data ____/____/____	Data ____/____/____	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
		Data ____/____/____