

Ficha de Acompanhamento

OS: 1693
VTR: 318 - SPRINTER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
APH	TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input checked="" type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input checked="" type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER	

Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA
Solicitante: CENTRAL DE VAGAS
Data: 30/07/2025
Origem: HOSPITAL UNIMED CEPOG - GUARATINGUETÁ - X CLINICA SANTA ROSA - GUARATINGUETÁ - X HOSPITAL UNIMED CEPOG - GUARATINGUETÁ -
GUARATINGUETÁ | SP GUARATINGUETÁ | SP GUARATINGUETÁ | SP

Nome: EVANDRO BRAGA DE PAIVA
Idade: 0 anos
Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: UNIMED N°CARTEIRINHA: 00200477000001008

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 187693	Km: 187730	Km: 187731	Km: 187796	Km: 187796
Hora: 13:30	Hora Chegada: 13:58	Hora Chegada: 14:37	Hora Chegada: 16:50	
	Hora Saída: 14:20	Hora Saída: 16:41	Hora Saída: 16:57	Hora: 18:10
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

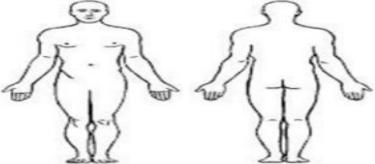
Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdômen	<input type="checkbox"/> Plano	<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
------	----	----	----	---------	------	--------	-----

Abertura ocular:	Resposta Verbal:	Resposta Motoria:
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompréhencivas 2	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4

T	R	A	U	M	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
Escrariação														
Cont														
Ferim														
Luxa														
Frat														
Lace														
Secç														

QUEIMADURAS	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 _____ Assinatura _____
RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros

Transferido paciente de ambulância básica com enfermagem acompanhante respirando AA, mantendo AVP em MSD gelco 20 duplas vias salinizado para realizar exame de imagem rnm com contraste, retorno acomodado no leito sem intercorrências.



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	Condutor Socorrista
	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	LUIS FERNANDO MONTEIRO CNH/ 01788036010
Data ___/___/___	Data ___/___/___	Data ___/___/___