

Ficha de Acompanhamento

OS: 1524
VTR: 5

☒ BÁSICA

☐ EXAMES

☐ UTI ADULTO

☐ UTI NEO

☐ EVENTOS

☐ PARTICULAR

☐ APH

☐ TRASF. HOSPITALAR

☒ ALTA HOSPITALAR

☐ INTERNAÇÃO

☐ SIV - INT

Tipos de Exames

☐ CATE

☐ TOMO

☐ RX

☐ CPRS

☐ PET SCAM

☐ GTT

☐ TQT /TQM

☐ US

☐ RMN

☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: CAIXA BENEF DOS FUNCIONÁRIOS DO BANESPA - CABESP

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 13/05/2025

Origem: HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

X PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA | SP

X PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: JULIA CESAR DE ARAUJO

Idade: 78

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS/CONVENIO: CABESP

NºCARTEIRINHA: 303295020700

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 80186	Km: 80189	Km: 80195	Km: 80195	Km: 80196
	Hora Chegada: 13:35	Hora Chegada: 13:50	Hora Chegada: 13:50	
Hora: 13:35	Hora Saída: 13:40	Hora Saída: 14:10	Hora Saída: 14:10	Hora: 14:35
	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

Abertura ocular:

☒ Espontânea 4

☐ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Improórias 3

☐ Palavras Incomprêncivas 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

Paciente no hospital 10 de julho para alta hospitalar, encontrada no seu leito de cama, com ox² com 1 litro por minuto. Retirada do leito com ajuda de uma técnica, sem nenhuma intercorrências. Encaminhada para residência da paciente sem novidade. 13:50 chegada na residência da paciente.





Materiais Utilizados

Oxigênio pequeno

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	1	Quantos Bar Utilizou		0,20
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	 LAUANY ANTUNES GONZAGA Coren/ 1808995 Data ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____