

Ficha de Acompanhamento

OS: 1538
VTR: 1

☒ 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 CLINICA SANTA ROSA - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ | SP

Data: 19/05/2025
X HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP

Nome: DAILSA VAZ DE CARVALHO SANTOS
Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
SUS/CONVENIO: UNIMED

Idade: 61
NºCARTEIRINHA: 0030400001005765

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 141997	Km: 142042	Km: 142043	Km: 1420044	Km: 142078
	Hora Chegada: 13:50	Hora Chegada: 14:05	Hora Chegada: 15:40	
Hora: 12:45	Hora Saída: 14:00	Hora Saída: 15:33	Hora Saída: 15:53	Hora: 16:53
	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

Resposta Verbal:
☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2

Resposta Motora:
☐ Obedece 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

Chego ao hospital de origem paciente em leito consciente, orientado, em AA, afebril, eupneico, normocardico mantendo acesso venoso periférico em msd jelco 20, transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego a clinica de destino para realização de exame. Chego ao hospital origem transfiro paciente aos cuidados da equipe.



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	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	LUCAS HENRIQUE DE LIMA MONTEIRO CNH/ 01 Data ____/____/____