

Ficha de Acompanhamento

OS: 1522
VTR: 5

☒ 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: CAIXA BENEF DOS FUNCIONÁRIOS DO BANESPA - CABESP
Origem: HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

Solicitante: CENTRAL VAGAS
X SANTA CASA - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA | SP

Data: 13/05/2025
X SANTA CASA - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA | SP

Nome: MARIA HELENA AZEVEDO CESAR
Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
SUS/CONVENIO: CABESP

Idade: 0 anos
NºCARTEIRINHA: 296933000713

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 80176	Km: 80183	Km: 80186	Km: 80186	Km: 80186
	Hora Chegada: 12:20	Hora Chegada: 13:07	Hora Chegada: 13:07	
Hora: 12:00	Hora Saída: 14:52	Hora Saída: 13:20	Hora Saída: 13:20	Hora: 13:32
	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 Improórias 3☐ Palavras Incompreêncivas 2

Resposta Motora:☒ Obdece comandos 6☐ Localiza Dor 5☐ Movimentos de retardia 4☐ Flexão Anormal 3☐ Extensão Anormal 2☐ Nenhuma

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 encontra em seu leito, no hospital 10 de julho. Para ser encaminhada para santa casa.
Retirada de paciente de seu leito com ajuda de técnico no hospital 10 de julho, para encaminhar para santa casa da misericórdia. 13:30 paciente encaminhada para santa casa sem intercorrências.



REALVIDAS

Materiais Utilizados

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	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	<div> LAUANY ANTUNES GONZAGA Coren/ 1808995 Data ____/____/____</div>	<div> CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____</div>