

Ficha de Acompanhamento							OS: 1671				
							VTR: 798 - JUMPER				
<input type="checkbox"/> BÁSICA		<input type="checkbox"/> EXAMES		<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR	
<input type="checkbox"/> APH		<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR		<input checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		<input type="checkbox"/> SIV - INT			
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER	
										Outro:	
Empresa: HOME CARE CENE HOSPITALLAR LTDA							Solicitante: CENTRAL VAGAS			Data: 16/07/2025	
Origem: HOSPITAL UNIMED LORENA - LORENA   SP							X PERIMETRO - LORENA   SP			X PERIMETRO - LORENA   SP	
Nome: JOSÉ ROBERTO MOREIRA							Idade: 69		Contato:		
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino							<input type="checkbox"/> Feminino				
SUS/CONVENIO: ni							N°CARTEIRINHA: ni				
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 86762		Km: 86820		Km: 86842		Km: 86842		Km: 86914			
Hora: 11:10		Hora Chegada: 12:10		Hora Chegada: 13:30		Hora Chegada: 13:30					
		Hora Saída: 13:15		Hora Saída: 13:45		Hora Saída: 13:45		Hora: 14:20			
		Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:					
Neurológica		<input type="checkbox"/> Lúcido		<input type="checkbox"/> Orientado		<input type="checkbox"/> Consciente		<input checked="" 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 type="checkbox"/> Eupnéico		<input checked="" 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			
Abdomem		<input checked="" type="checkbox"/> Plano		<input 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 checked="" 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 Motora:			
<input type="checkbox"/> Espontânea 4				<input type="checkbox"/> Orientada 5				<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6			
<input type="checkbox"/> voz 3				<input checked="" type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5			
<input checked="" type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3			
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreendidas 2				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2			
								<input type="checkbox"/> Nenhumha			
TRAUMA	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						Assinatura					
RG/CPF											

## Observações Médicas / Enfermeiros

Transferido paciente idoso, alta hospitalar de ambulância UTI, com médico enfermagem e acompanhante, sequelado AVC hemorrágico, traqueostomizado, O<sub>2</sub> em máscara de traqueo a 2l/min hemodinamicamente estável, faz uso de fralda geriátrica, curativo oclusivo em região sacra calcâneo do pé direito e esquerda MMII, úlcera por pressão grau 3 (sic) do 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 - Pequeno <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Dr. Briet

LUIZ BRIET DE ALMEIDA  
CRM/ 49794

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS  
Coren/ 1027956

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condutor Socorrista

CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA  
CNH/ 1234546

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_