

Ficha de Acompanhamento

OS: 1593
VTR: 318 - SPRINTER

☐ 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: HOME CARE CENE HOSPITALLAR LTDA
Origem: PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA | SP

Solicitante: JULIANA
X SANTA CASA GUARATINGUETA - GUARATINGUETA | SP

Data: 06/06/2025
X PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: CELESTE APARECIDA DOS SANTOS PINHEIRO
Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
SUS/CONVENIO: Cassi

Idade: 76
NºCARTEIRINHA: 1101100456970042

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 183977	Km: 184003 Hora Chegada: 05:40	Km: 184037 Hora Chegada: 06:45	Km: 184079 Hora Chegada: 13:50	Km: 184110
Hora: 04:40	Hora Saída: 06:05 Visto Origem:	Hora Saída: 13:15 Visto Destino:	Hora Saída: 14:00 Visto Destino:	Hora: 14:50

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

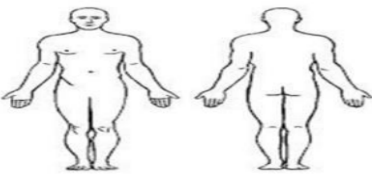
Resposta Verbal:☐ Orientada 5☐ Confusa 4☐ Palavras Impróprias 3☐ Palavras Incompreêncivas 2

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


Chego a origem paciente acamada em AA consciente, não comunicativa mantendo traqueostomia em AA, GTT, transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego ao hospital de destino para realização de procedimento cirúrgico (troca de traqueostomia e GTT), deixo aos cuidados da equipe local. Retorno com a paciente para residência de origem.



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	Condutor Socorrista
Dr. Briet	Aline Moutinho	
LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____