

Ficha de Acompanhamento

OS: 1570  
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: HOSPITAL CEPOG LTDA  
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP

Solicitante: CENTRAL VAGAS  
X HOSPITAL UNIMED - TAUBATÉ | SP

Data: 28/05/2025  
X HOSPITAL UNIMED - TAUBATÉ | SP

Nome: MURILO CESAR DO PRADO FONSECA  
Sexo: ☒ Masculino  
SUS/CONVENIO: UNUMED

Idade: 13  
☐ Feminino  
NºCARTEIRINHA: 0206403000519006

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 182378	Km: 183378	Km: 182389	Km: 182389	Km: 182467
	Hora Chegada: 01:22	Hora Chegada: 01:52	Hora Chegada: 01:52	
Hora: 01:14	Hora Saída: 01:33	Hora Saída: 01:58	Hora Saída: 01:58	Hora: 03:22
	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 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 Murilo 13 anos acompanhado pelo pai ,respirando ar ambiente, Sat o<sup>2</sup> 98% FC 104 bpm ,  
pa120x84 mm/hg, mantendo avp mse gelco 22 isofix dupla vias, salinizado, 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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____