

Ficha de Acompanhamento

OS: 1550
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 checked="" type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM T. C . HIPER	Outro:
-----------------	--------------------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--------

Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 22/05/2025
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETA | SP X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETA | SP

Nome: ALEXANDRE AUGUSTO P DE OLIVIRA Idade: 0 anos Contato:

Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: UNIMED NºCARTEIRINHA: 0091655000572100

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 81610	Km: 81610 Hora Chegada: 17:49	Km: 81614 Hora Chegada: 18:10	Km: 81614 Hora Chegada: 18:10	Km: 81618
Hora: 17:37	Hora Saída: 17:59 Visto Origem:	Hora Saída: 18:30 Visto Destino:	Hora Saída: 18:30 Visto Destino:	Hora: 21:31

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

Abdômen Plano Globoso Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados | Membros 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 Incompréhencivas 2

Resposta Motora:

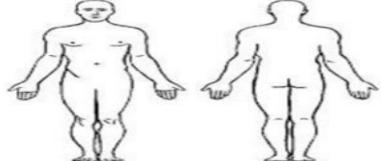
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

T	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
R	Escoriação									
A	Cont									
U	Ferim									
M	Luxa									
A	Frat									
U	Lace									
M	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 ambulância 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

Transferido do hospital cepog de guaratingueta, 3 serinpaciente especial PC sepse ,para hospital frei Galvão acompanhado da mãe, sem intercorencias. Condutor Saulo, técnica de enfermagem Cristiane e Dr Luiz brie.



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 Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	Condutor Socorrista <i>Saulo R. Cesar</i> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
---	--	--