

Ficha de Acompanhamento

OS: 1572  
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: PLENO SAÚDE LTDA

Solicitante: CENTRAL DE VAGAS

Data: 29/05/2025

Origem: PERÍMETRO - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: MARISA MANGUEIRA VICENTE

Idade: 78

Contato:

Sexo: ☐ Masculino

☒ Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO

NºCARTEIRINHA: 123

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 182571	Km: 182621	Km: 182625	Km: 182625	Km: 182678
	Hora Chegada: 12:45	Hora Chegada: 13:05	Hora Chegada: 13:05	
Hora: 11:30	Hora Saída: 12:56	Hora Saída: 13:50	Hora Saída: 13:50	Hora: 15:15
	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 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 Incomprêncivas 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
TRAUMA	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

Chego na clínica de repouso de origem paciente em leito acamada em AA, eupneica, normocardica, afebril, mantendo GTT em região do abdômen, pergunto a responsável pela clínica sobre alguma documentação para levar a paciente ao hospital de destino "hospital vivale" a mesma informe que já está tudo lá, ainda fala que o filho já está vindo e encontrará a gente no hospital de destino "hospital vivale". Chego ao hospital de destino procuro orientação no pronto atendimento os mesmos dizem que o procedimento não está agendado que a paciente passará por avaliação e talvez seja feita a troca da GTT no centro cirúrgico, o filho chega exaltado me confrontando sobre não ter esperado ele, que como a gente transfere uma senhora com Alzheimer sem acompanhante, e que o mesmo está sem documentação nenhuma da paciente "mãe", oriento que somos responsáveis só pela remoção e com orientação da responsável da clínica de repouso que era pra ter levado a paciente que o mesmo "filho" iria encontrar com a gente no hospital, o mesmo continua sendo grosseiro e falando alto.

## 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	Conductor Socorrista
	Aline Moutinho	
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
	Data ____/____/____	Data ____/____/____