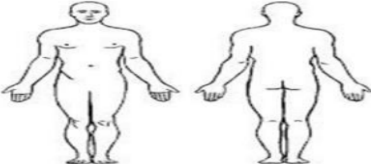


Ficha de Acompanhamento							OS: 1591			
							VTR: 318 - SPRINTER			
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR					
<input type="checkbox"/> APH	<input type="checkbox"/> TRASf. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT						
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:			
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input checked="" type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER				
Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA							Solicitante: CENTRA VAGAS			
Data: 05/06/2025										
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ SP			X CLINICA SANTA ROSA - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ SP			X HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ SP				
Nome: MAURO AUGUSTO CAVALCA DE BARROS							Idade: 65			
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino							<input type="checkbox"/> Feminino			
SUS/CONVENIO: UNIMED							NºCARTEIRINHA: 0207100600003009			
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base		
Km: 183868		Km: 183920		Km: 183922		Km: 183924		Km: 183977		
Hora: 11:50		Hora Chegada: 13:05		Hora Chegada: 13:40		Hora Chegada: 14:10		Hora: 15:46		
		Hora Saída: 13:22		Hora Saída: 14:00		Hora Saída: 14:40				
		Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:				
Neurológica		<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input 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"/> Midrítrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior			
Respiratória		<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input 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 type="checkbox"/> Plano	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4			<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5			<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6				
<input type="checkbox"/> voz 3			<input type="checkbox"/> Confusa 4			<input checked="" type="checkbox"/> Localiza Dor 5				
<input type="checkbox"/> A dor 2			<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3			<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1			<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2			<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2				
						<input type="checkbox"/> 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						Assinatura				
RG/CPF										

Observações Médicas / Enfermeiros


PACIENTE ENVAMINHANDO A CLINICA SANTA ROSA PARA REALIZAÇÃO DE EXAME, POREM NÃO FOI POSSIVEL POIS O PACIENTE NAO CABIA NA MAQUINA. RETORNANDO AO HOSPITAL CEPOG COM PACIENTE.



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	Conductor Socorrista
Dr. Briet		
LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
		Data ____/____/____