

Ficha de Acompanhamento

OS: 1655
VTR: 798 - JUMPER

☐ 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

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 02/07/2025

Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP X HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS - JACAREI | SP X HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS - JACAREI | SP

Nome: RAFAEL RIBEIRO GALVÃO NUNES

Idade: 12

Contato:

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS/CONVENIO: UNIMED

NºCARTEIRINHA: 00206403001331000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 84633	Km: 84685	Km: 84792	Km: 84792	Km: 84857
	Hora Chegada: 22:00	Hora Chegada: 23:53	Hora Chegada: 23:53	
Hora: 21:00	Hora Saída: 23:14	Hora Saída: 01:10	Hora Saída: 01:10	Hora: 01:50
	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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros


Chego ao hospital de origem paciente em sala de emergência acompanhado da mãe em CATETER o2 a 2litro por minuto consciente não verbaliza avp em msd transfiro para maca e conduzo para ambulância. Chego ao hospital de origem transfiro paciente aos cuidados da equipe local.



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 ____/____/____