

Ficha de Acompanhamento

OS: 1656  
VTR:

☒ 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 10 DE JULHO  
Origem: HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA | SP

Solicitante: central vagas  
X PERÍMETRO - TAUBATÉ | SP

Data: 03/07/2025  
X PERÍMETRO - TAUBATÉ | SP

Nome: Assis levi bergamaschi  
Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino  
SUS/CONVENIO: UNIMED

Idade: 86  
NºCARTEIRINHA: 00041048535000012

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 84879	Km: 84912	Km: 84960	Km: 84960	Km: 84968
	Hora Chegada: 17:11	Hora Chegada: 19:00	Hora Chegada: 19:00	
Hora: 16:28	Hora Saída: 17:26	Hora Saída: 19:15	Hora Saída: 19:15	Hora: 19:37
	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 Impróprias 3  
☐ Palavras Incompreêncivas 2

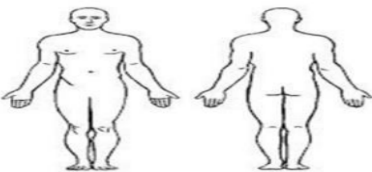
Resposta Motora:  
☒ Obedece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4

☐ 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


TRANSFERIDO PACIENTE alta hospitalar, RESPIRANDO AA, se narina E fechada para dieta enteral, svd número 20 com débito de urina 30ml amarelo ouro com acompanhante, enfermagem sem intercorrências. Condutor saulo e enfermagem Cristiane,



## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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 ____/____/____