

Ficha de Acompanhamento

OS: 1519  
VTR: 2

☒ 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: UNIMED DE CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - TAUBATÉ

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 13/05/2025

Origem: HOSPITAL UNIMED - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: JADENIR GALVÃO

Idade: 59

Contato:

Sexo:

☒ Masculino

☐ Feminino

SUS/CONVENIO: UNIMED

NºCARTEIRINHA: 00481800176000019

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 180153	Km: 180159	Km: 180176	Km: 180176	Km: 180181
	Hora Chegada: 03:40	Hora Chegada: 04:10	Hora Chegada: 04:10	
Hora: 03:25	Hora Saída: 03:50	Hora Saída: 04:25	Hora Saída: 04:25	Hora: 04:40
	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:☐ Obdece 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


03:20h Chego ao hospital de origem paciente em leito consciente, orientado, em AA, afebril, eupneico, normocardico, mantendo acesso venoso em msd jelco 22, transfiro para maca e conduzo a ambulância. 04:10h Chego ao hospital de destino 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	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____