

Ficha de Acompanhamento							OS: 1541					
							VTR: 798 - JUMPER					
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input type="checkbox"/> EXAMES		<input type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
<input type="checkbox"/> APH		<input checked="" 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"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER		
Outro:												
Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA				Solicitante: C VAGAS				Data: 20/05/2025				
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ SP				AACD - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS SP				AACD - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS SP				
Nome: JULIA RIBEIRO RIZI												
Idade: 12				Contato:								
Sexo:				<input type="checkbox"/> Masculino				<input checked="" type="checkbox"/> Feminino				
SUS/CONVENIO: UNIMED				NºCARTEIRINHA: 2222								
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base	
Km: 80831		Km: 0			Km:			Km: 0			Km: 81047	
Hora: 13:10		Hora Chegada: 23:07			Hora Chegada: 20:10			Hora Chegada: 20:10			Hora: 17:20	
		Hora Saída: 23:07			Hora Saída: 20:10			Hora Saída: 20:10				
		Visto Origem:			Visto Destino:			Visto Destino:				
Neurológica		<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido			<input checked="" type="checkbox"/> Orientado			<input 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"/> Midriátrica			<input type="checkbox"/> Miotica	
		<input type="checkbox"/> D ou E			<input type="checkbox"/> É Maior							
Respiratória		<input type="checkbox"/> Eupnéico			<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Plano			<input 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		
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6				
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input 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 Incompreensivas 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 Julia Ribeiro, adolescente de 12anos, acompanhada da mãe, transferido de ambulância maça grades elevadas 45°de Guaratinguetá do hospital cepog conciente,orientada,corada,calma ,respirando máscara não reinalante O² a 10/litros min oxímetro contínuo, sem intercorrências, crise asmática estável, mantendo avp em mse gelco 24,Isofix dupla vias ,salinizado,para hospital Gacc ,de SJC ,acomodada no leito retirado máscara de O² não reinalante a 10/litros/ min conectada ao leito do hospital gacc, aos cuidados de fisioterapeuta, médica e enfermagem. Sat O² 94% FC 120 bpm



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 ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____