

Ficha de Acompanhamento

OS: 1783
VTR: 318 - SPRINTER

☐ 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
Origem: HOSPITAL UNIMED CEPOG - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ | SP

Solicitante: CENTRAL DE VAGAS
X SANTA CASA GUARATINGUETA - GUARATINGUETA | SP

Data: 22/09/2025
X HOSPITAL UNIMED CEPOG - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ | SP

Nome: DENEVAL CAETANO DE PAULO
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
SUS/CONVENIO: UNIMED

Idade: 55
NºCARTEIRINHA: 020764002542008

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 192931	Km: 192971	Km: 192973	Km: 192975	Km: 193020
	Hora Chegada: 19:30	Hora Chegada: 21:00	Hora Chegada: 22:16	
Hora: 17:35	Hora Saída: 20:30	Hora Saída: 22:04	Hora Saída: 22:23	Hora: 22:30
	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
17:45	120*88					97	

Abertura ocular:
☐ Espontânea 4
☒ voz 3

Resposta Verbal:
☐ Orientada 5
☒ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2

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

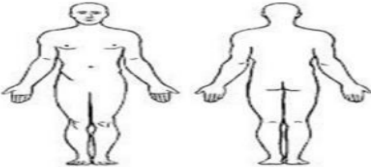
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

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

Paciente com histórico de AVCI, acamado, sem sustentação de tronco, com traqueostomia em uso de oxigênio contínuo, com agendamento para retorno com ortopedista, pois paciente teve uma queda e quebrou o braço. Peso do paciente: 66kg / Altura do paciente: 1,52 cm



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

Dr. Briet

LUIZ BRIET DE ALMEIDA
CRM/ 49794

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

ERIKA DOS SANTOS FONSECA
Coren/ 691032

Data ____/____/____

Condutor Socorrista

ADRIANO DE OLIVEIRA
CNH/ 04165115514

Data ____/____/____