

Ficha de Acompanhamento

OS: 1541
VTR: 798 - JUMPER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES X TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
Tipos de Exames		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA
Solicitante: C VAGAS
Data: 20/05/2025
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP X 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: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: UNIMED NºCARTEIRINHA: 2222

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 80831	Km: 0 Hora Chegada: 23:07	Km: Hora Chegada: 20:10	Km: 0 Hora Chegada: 20:10	Km: 81047
Hora: 13:10	Hora Saída: 23:07 Visto Origem:	Hora Saída: 20:10 Visto Destino:	Hora Saída: 20:10 Visto Destino:	Hora: 17:20

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

Abdômen 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 Incompréhencivas 2

Resposta Motoria:

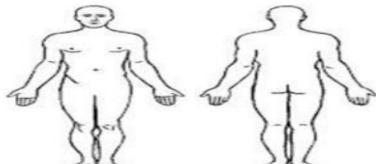
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T	Escoriação									
R	Cont									
A	Ferim									
U	Luxa									
M	Frat									
A	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 ambulância 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 Julia Ribeiro, adolescente de 12anos, acompanhada da mãe, transferido de ambulância maçã grades elevadas 45°de Guaratinguetá do hospital cepog conciente,orientada,corada,calma ,respirando máscara não reinalante O² a 10/litros min oxímetro continuo, 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 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	Condutor Socorrista SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
---	--	---