

Ficha de Acompanhamento

OS: 1522

VTR: 5

<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: CAIXA BENEF DOS FUNCIONÁRIOS DO BANESPA - CABESP Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 13/05/2025

Origem: HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP X SANTA CASA - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA | SP X SANTA CASA - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA | SP

Nome: MARIA HELENA AZEVEDO CESAR Idade: 0 anos Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: CABESP N°CARTEIRINHA: 296933000713

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 80176	Km: 80183	Km: 80186	Km: 80186	Km: 80186
Hora: 12:00	Hora Chegada: 12:20	Hora Chegada: 13:07	Hora Chegada: 13:07	Hora: 13:32
	Hora Saída: 14:52	Hora Saída: 13:20	Hora Saída: 13:20	
	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

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 Incompréencivas 2

Resposta Motoria:

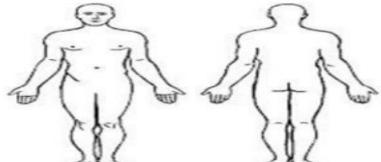
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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 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 encontra em seu leito, no hospital 10 de julho. Para ser encaminhada para santa casa. Retirada de paciente de seu leito com ajuda de técnico no hospital 10 de julho, para encaminhar para santa casa da misericórdia. 13:30 paciente encaminhada para santa casa sem intercorrências.



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 <i>Lauany A. Gonzaga</i> LAUANY ANTUNES GONZAGA Coren/ 1808995 Data ____/____/____	Condutor Socorrista <i>Anil</i> CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
---	---	--