

# Ficha de Acompanhamento

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☐ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ Outros  
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA HCB Solicitante Refúgio Data 29.05.24

Origem: UPA Guaru x CEROP x

Nome: MARIA HELENA V. M. GONÇALVES Idade 81 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed FCSF Nº CARTEIRINHA 0970 00 22 003215586

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>436</u>	<u>43741</u>			<u>43789</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>17:08</u>	<u>17:33</u>		
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>17:20</u>	<u>17:37</u>		
	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
<u>15:45</u>	<u>Thais Satin</u>	<u>Ana Paula</u>		<u>18:43</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☒ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☒ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

Membros Superior ☐ Alterados ☐ Não Alterados Membros Inferiores ☐ Alterados ☐ Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>17:29</u>	<u>130/60</u>	<u>97</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>—</u>	<u>98%</u>	<u>—</u>

### Abertura ocular

- ☐ Espontânea 4  
☒ voz 3  
☐ A dor 2  
☐ Nenhuma 1

### Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5  
☒ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incompreensivas 2  
☐ Nenhuma 1

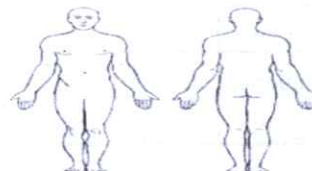
### Resposta Motora

- ☐ Obedece comandos 6  
☒ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4  
☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crã	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

### QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	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

17:20 Realizada transferência do paciente de UPA até  
suave por CPOG; pelo seu estado no dia 28/05  
no UPA de suave apresentando mal estar e alteração  
de nível de consciência, alteração de fala, perda de  
força em membros inferiores (1). Desvio de RMC por (2). CIND:  
AVCI + Insuficiência Renal Aguda? DRC? + ITU. Não  
mantém a lucidez e focos (2). midiose pale-  
lhas desconexas. Desperce os estímulos dolorosos.  
SSV dentro da palmeira. RA. pulso filiforme.  
Eupneica. DB. Alzharne. Não Alzharne medice-  
mentosa. Diurese espontânea em fealdade. e  
dispositiva AVP em MS (1) administrada, si inter-  
venções

Jessica de Moura Viana  
Enfermeira  
COREN-SP 669.65.7



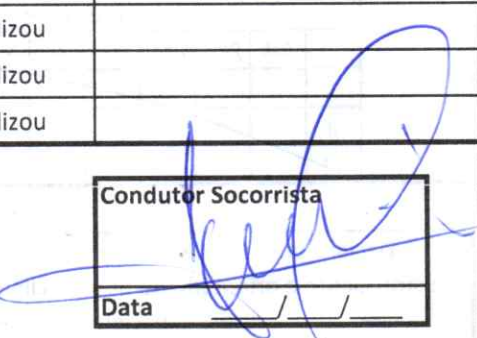
17:33 Parada da parte por Enfermeiro CPOG

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	

<b>Médico Responsável</b>  Data: ____/____/____	<b>Enfermeiro Responsável</b> Jessica de Moura Viana Enfermeira COREN-SP 669.65.7  Data: 28/05/24	<b>Condutor Socorrista</b>  Data: ____/____/____
--	--	---

# Unimed

Fesp



**0 970 002200321958 6**

**MARIA H N M GONCALVES**

Nome do Beneficiário

**0970**

Atend

**25/06/1942**

Data de Nascimento

**COLETIVA**

Acomodação

**NÃO HÁ**

Cobertura Parcial Temporária

**UNESP SAUDE**

Contratante

**NACIONAL**

Abrangência

**05**

Via

**REGULAMENTADO**

Plano

**01/12/2013**

Vigência do plano

**NA04 BÁSICO**

Rede de Atendimento

**30/11/2025**

Validade

**AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

Segmentação Assistencial do Plano

Válido somente com apresentação do documento de identidade

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no [www.unimedfesp.coop.br](http://www.unimedfesp.coop.br) e no tel. 0800 772 3030

**SEM CARÊNCIAS A CUMPRIR**

SAC

**0800 772 3030**

ANS - nº 319996

Núm. Reg. ANS 319990

Prod. ANS 479019171

**CNS 705201461880975**

REGULAMENTO E CONDIÇÕES DE COBERTURA E CONTRATO