

Ficha de Acompanhamento

OS: 1524

VTR: 5

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES 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 PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA | SP

X PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: JULIA CESAR DE ARAUJO

Idade: 78

Contato:

Sexo:

Masculino

Feminino

SUS/CONVENIO: CABESP

NºCARTEIRINHA: 303295020700

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 80186	Km: 80189 Hora Chegada: 13:35	Km: 80195 Hora Chegada: 13:50	Km: 80195 Hora Chegada: 13:50	Km: 80196
Hora: 13:35	Hora Saída: 13:40 Visto Origem:	Hora Saída: 14:10 Visto Destino:	Hora Saída: 14:10 Visto Destino:	Hora: 14:35

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 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 Motora:

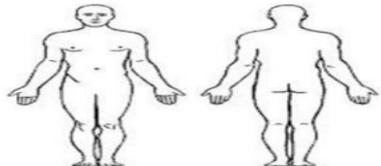
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

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									
M	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 no hospital 10 de julho para alta hospitalar, encontrada no seu leito de cama, com ox² com 1 litro por minuto. Retirada do leito com ajuda de uma técnica, sem nenhuma intercorrências. Encaminhada para residência da paciente sem novedade. 13:50 chegada na residência da paciente.



Materiais Utilizados

Oxigênio pequeno

REALVIDAS

Pedágios	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		
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso		0,20
	04 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso		

Médico Responsável	Enfermagem Responsável <i>Laumy A. Gonzaga</i>	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	LAUANY ANTUNES GONZAGA Coren/ 1808995 Data ____/____/____	<i>A.</i> CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____