

Ficha de Acompanhamento

OS: 1691  
VTR: 798 - JUMPER

☐ 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: HOME CARE CENE HOSPITALLAR LTDA

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 29/07/2025

Origem: SANTA CASA - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA | SP

X PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA | SP

X PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA | SP

Nome: CELESTE APARECIDA DOS SANTOS PINHEIRO

Idade: 77

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS/CONVENIO: CASSI

NºCARTEIRINHA: NI

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 88172	Km: 88180	Km: 88184	Km: 88184	Km: 88192
	Hora Chegada: 19:07	Hora Chegada: 20:32	Hora Chegada: 20:32	
Hora: 18:20	Hora Saída: 20:13	Hora Saída: 20:43	Hora Saída: 20:43	Hora: 21:00
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica

☐ Lúcido

☐ Orientado

☐ Consciente

☒ Confuso

☐ Comunicativo

☐ Não Verbaliza

Pupilas

☒ Isocóricas

☐ Anisocorica

☐ Midrítrica

☐ 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

☒ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

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

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

equipe na origem solicitou que fosse feita aspiração na paciente antes da transferencia feito avaliação medica, no trajeto foi ofertado o2 conforme orientação medica mantendo sat 98%. transferencia finalizada sem intercorrências.



## Materiais Utilizados

USO OXIGENIO + MASCARA TRAQUIO + EXTENSOR

# 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

CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS  
Coren/ 1027956

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conductor Socorrista

CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA  
CNH/ 1234546

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_