

Ficha de Acompanhamento

OS: 1496  
VTR: 0

☒ 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: UNIMED DE CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - TAUBATÉ  
Origem: PERÍMETRO - TAUBATÉ | SP

Solicitante: Central de vagas  
X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

Data: 01/05/2025  
X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: Romeu gobo  
Sexo: ☒ Masculino  
SUS/CONVENIO: Unimed

Idade: 79  
NºCARTEIRINHA: 00040505397000015

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 78882	Km: 78888	Km: 78906	Km: 78906	Km: 78906
	Hora Chegada: 17:55	Hora Chegada: 18:25	Hora Chegada: 18:25	
Hora: 17:30	Hora Saída: 18:10	Hora Saída: 18:40	Hora Saída: 18:40	Hora: 18:40
	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

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

Membros Superior☐ Alterados☒ Não AlteradosMembros 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 Impróórias 3  
☐ Palavras Incomprêencivas 2

Resposta Motora:☐ Obdece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

T  
R  
A  
U  
M  
A

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

17:55h Chego ao hospital de origem paciente em leito consciente, orientado, em AA,afebril,eupneico,normocardico,mantendo AVap em ms(D) jelco 22,transferido para maca e conduzido para ambulância. 18:25h Chego ao hospital de destino transfiro paciente aos cuidados da equipe local.




## Materiais Utilizados

Enfermeira Aline Condutor Saulo

# 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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
	Aline Moutinho	
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
	Data ____/____/____	Data ____/____/____