

Ficha de Acompanhamento

OS: 1607  
VTR: 318 - SPRINTER

☒ 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: CAIXA BENEF DOS FUNCIONÁRIOS DO BANESPA - CABESP  
Origem: HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Solicitante: CENTRA VAGAS  
X CLÍNICA NEUROVITA - SJC - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Data: 11/06/2025  
X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: EVANI RIBEIRO BUENO  
Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino  
SUS/CONVENIO: Assistencial direta

Idade: 60  
NºCARTEIRINHA: 353269040310

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 184404	Km: 184461	Km: 184466	Km: 184471	Km: 184528
	Hora Chegada: 05:49	Hora Chegada: 06:25	Hora Chegada: 07:49	
Hora: 03:50	Hora Saída: 06:15	Hora Saída: 07:33	Hora Saída: 08:00	Hora: 10:00
	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 Improórias 3  
☐ Palavras Incomprêencivas 2

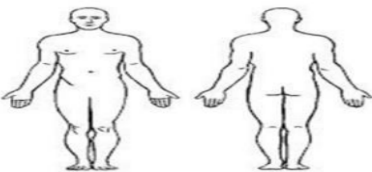
Resposta Motora:☒ Obdece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4

☐ 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


Transferido paciente Ivani Ribeiro Bueno, com acompanhante, de ambulância na maca, grades elevadas e cabeceira baixa, do hospital Vivalle de SJC, para realização de exame neuromiografia, na clínica neurovita de SJC em MMII, com a técnica de enfermagem do hospital de origem acompanhando a paciente, retornamos com a Paciente Ivani Ribeiro Bueno ao hospital Vivalle SJC sem intercorrências.  
Cond Saulo Tec cris



## 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	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____