

Ficha de Acompanhamento

OS: 1569
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: HOSPITAL CEPOG LTDA
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP

Solicitante: CENTRAL VAGAS
X SANTA CASA GUARATINGUETA - GUARATINGUETA | SP

Data: 28/05/2025
X SANTA CASA GUARATINGUETA - GUARATINGUETA | SP

Nome: HELENA CARMO FERREIRA SANTOS
Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
SUS/CONVENIO: UNIMED

Idade: 8
NºCARTEIRINHA: 0020640300959006

Contato:

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| Km: 182337 | Km: 182340 | Km: 182343 | Km: 182343 | Km: 182378 |
| | Hora Chegada: 00:38 | Hora Chegada: 00:58 | Hora Chegada: 00:58 | |
| Hora: 00:04 | Hora Saída: 02:13 | Hora Saída: 01:12 | Hora Saída: 01:12 | Hora: 01:13 |
| | 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

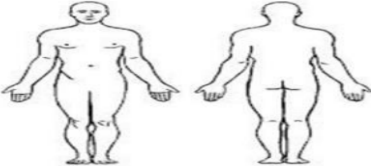
Resposta Verbal:☒ Orientada 5☐ Confusa 4☐ Palavras Improórias 3☐ Palavras Incompreêncivas 2

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


Criança com a mãe, respirando ar ambiente, sonolenta, mantendo avp msd gelco 24 isofix duas vias ,Sat 0298%fc97% ,transferido de cipog para Santa casa guara,sem intercorrencia.



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 | Condutor Socorrista |
| Data ____/____/____ | CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____ |  SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____ |