

Ficha de Acompanhamento

OS: 1589
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

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 04/06/2025

Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP X HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS - JACAREI | SP X HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS - JACAREI | SP

Nome: VICTOR GABRIEL DE FARIA CAMARGO

Idade: 11

Contato:

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS/CONVENIO: UNIMED

NºCARTEIRINHA: 0200216000792108

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 183640	Km: 183691	Km: 183790	Km: 183790	Km: 183847
	Hora Chegada: 18:26	Hora Chegada: 19:59	Hora Chegada: 19:59	
Hora: 17:30	Hora Saída: 18:36	Hora Saída: 20:10	Hora Saída: 20:10	Hora: 22:00
	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 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 Incomprêencivas 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
TRAUMA	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


Chego ao hospital de origem criança em sala de emergência acompanhada da mãe consciente orientado em AA, afebril, eu penico,normocardico, mantendo avp em mse jelco 20,transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego ao hospital de destino transfiro criança aos cuidados da equipe local.



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
Dr. Briet	Aline Moutinho	
LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____