

Ficha de Acompanhamento

OS: 1620
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: SAÚDE PADRONIZADA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR ESPECIALIZADA LTDA
Origem: HOSPITAL UNIMED LORENA - LORENA | SP

Solicitante: CENTRAL VAGAS
X PERÍMETRO - CRUZEIRO | SP

Data: 18/06/2025
X PERÍMETRO - CRUZEIRO | SP

Nome: José Geraldo Lopes de Oliveira
Sexo: ☒ Masculino
SUS/CONVENIO: Unimed

Idade: 84
☐ Feminino
NºCARTEIRINHA: Na

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 185487	Km: 185530	Km: 185561	Km: 185561	Km: 185653
	Hora Chegada: 16:49	Hora Chegada: 17:37	Hora Chegada: 17:37	
Hora: 16:14	Hora Saída: 17:05	Hora Saída: 17:45	Hora Saída: 17:45	Hora: 19:16
	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 Incomprêensivas 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 de ambulância com enfermagem, na maca grades e cabeceira elevadas, respirando AA, mantendo sonda GTT região epigástrica acima da cicatriz umbilical, fechado para dieta, acompanhado pela cuidadora, alta hospitalar colocado na poltrona em sua resistência, sem intercorrências.



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios		Outros:			Refeição / Lanche		Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		

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