

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1615  
VTR: 318 - SPRINTER

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
APH	X TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT			
Tipos de Exames		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: HOSPITAL 10 DE JULHO  
Solicitante: CENTRA VAGAS  
Data: 15/06/2025  
Origem: HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED -  
X SANTA CASA - PINDAMONHANGABA -  
PINDAMONHANGABA | SP  
X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED -  
PINDAMONHANGABA | SP

Nome: REBECA M DE ARAUJO AMORIM  
Idade: 0 anos  
Contato:  
Sexo:  Masculino  Feminino  
SUS/CONVENIO: UNIMED  
NºCARTEIRINHA: 00200216002054015

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 185230	Km: 185244	Km: 185247	Km: 185250	Km: 185263
Hora: 12:30	Hora Chegada: 12:45	Hora Chegada: 13:21	Hora Chegada: 13:44	Hora: 14:00
	Hora Saída: 13:13	Hora Saída: 13:33	Hora Saída: 13:46	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdômen	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular:	Resposta Verbal:	Resposta Motoria:		
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 voz 3	<input type="checkbox"/> A dor 2 Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 Confusa 4 Palavras Improórias 3 Palavras Incompréhencivas 2	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 Localiza Dor 5 Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 Extensão Anormal 2 Nenhuma

T	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
R	Escoriação									
A	Cont									
U	Ferim									
M	Luxa									
A	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 ambulância 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 \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_  
RG/CPF \_\_\_\_\_

# Observações Médicas / Enfermeiros

Remoção de UTI. Paciente em trabalho de parto . Equipe médica Do próprio hospital, Sem intercorrências. Cond Saulo Ricardo



## 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 ____/____/____	Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____