

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1538

VTR: 1

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

Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA  
Solicitante: C. VAGAS  
Data: 19/05/2025  
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP  
CLINICA SANTA ROSA - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ | SP  
x HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP

Nome: DAILSA VAZ DE CARVALHO SANTOS  
Idade: 61  
Contato:  
Sexo:  Masculino  Feminino  
SUS/CONVENIO: UNIMED  
NºCARTEIRINHA: 0030400001005765

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 141997	Km: 142042	Km: 142043	Km: 1420044	Km: 142078
Hora: 12:45	Hora Chegada: 13:50	Hora Chegada: 14:05	Hora Chegada: 15:40	Hora: 16:53
	Hora Saída: 14:00	Hora Saída: 15:33	Hora Saída: 15:53	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input checked="" type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdômen	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados

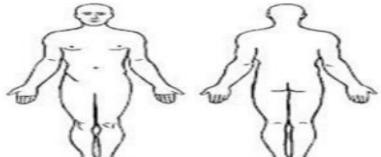
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular:	<b>Resposta Verbal:</b>	<b>Resposta Motoria:</b>		
<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									

<b>QUEIMADURAS</b>	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

Chego ao hospital de origem paciente em leito consciente, orientado, em AA, afebril, eupneico, normocardíco mantendo acesso venoso periférico em msd jelco 20, transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego a clínica de destino para realização de exame. Chego ao hospital origem transfiro paciente aos cuidados da equipe.



### 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	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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável  Data ____/____/____	Enfermagem Responsável  Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista  Lucas Monteiro LUCAS HENRIQUE DE LIMA MONTEIRO CNH/ 01 Data ____/____/____
---	---	--