

Ficha de Acompanhamento

OS: 1671
VTR: 798 - JUMPER

<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	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: HOME CARE CENE HOSPITALAR LTDA
Solicitante: CENTRAL VAGAS
Data: 16/07/2025
Origem: HOSPITAL UNIMED LORENA - LORENA | SP
X PERIMETRO - LORENA | SP
X PERIMETRO - LORENA | SP

Nome: JOSÉ ROBERTO MOREIRA
Idade: 69
Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: ni
NºCARTEIRINHA: ni

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 86762	Km: 86820 Hora Chegada: 12:10	Km: 86842 Hora Chegada: 13:30	Km: 86842 Hora Chegada: 13:30	Km: 86914
Hora: 11:10	Hora Saída: 13:15 Visto Origem:	Hora Saída: 13:45 Visto Destino:	Hora Saída: 13:45 Visto Destino:	Hora: 14:20

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 Motoria:

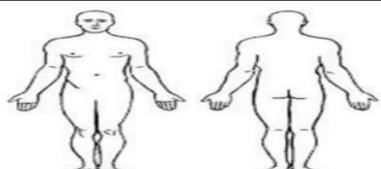
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T	Escoriação									
R	Cont									
A	Ferim									
U	Luxa									
M	Frat									
A	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 idoso, alta hospitalar de ambulância UTI, com médico enfermagem e acompanhante, sequelado AVC hemorrágico, traqueostomizado, O_2 em máscara de traqueo a 2l/min hemodinamicamente estável, faz uso de fralda geriátrica, curativo oclusivo em região sacra calcânia do pé direito e esquerda MMIIIs úlcera por pressão grau 3 (sic) do sem intercorrências.



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

Médico Responsável Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____ / ____ / ____	Enfermagem Responsável CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____ / ____ / ____	Condutor Socorrista CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____ / ____ / ____
---	--	---