

Ficha de Acompanhamento

OS: 1620
VTR: 318 - SPRINTER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input checked="" type="checkbox"/> 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: SAÚDE PADRONIZADA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR ESPECIALIZADA LTDA
Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 18/06/2025
Origem: HOSPITAL UNIMED LORENA - LORENA | SP X PERÍMETRO - CRUZEIRO | SP X PERÍMETRO - CRUZEIRO | SP

Nome: José Geraldo Lopes de Oliveira Idade: 84 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: Unimed N°CARTEIRINHA: Na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 185487	Km: 185530 Hora Chegada: 16:49	Km: 185561 Hora Chegada: 17:37	Km: 185561 Hora Chegada: 17:37	Km: 185653
Hora: 16:14	Hora Saída: 17:05 Visto Origem:	Hora Saída: 17:45 Visto Destino:	Hora Saída: 17:45 Visto Destino:	Hora: 19:16

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 Incompréhencivas 2

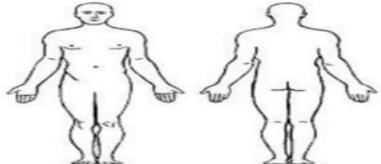
Resposta Motora:

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 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

Transferido paciente de ambulância com enfermagem, na maca grades e cabeceira elevadas, respirando AA, mantendo sonda GTT região epigastrica 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	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 <hr/> Data ____/____/____	Enfermagem Responsável <hr/> CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 <hr/> Data ____/____/____	Condutor Socorrista <hr/> <i>Saulo R. Cesar</i> <hr/> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 <hr/> Data ____/____/____
---	--	--