

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1508

VTR: 5

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES X 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: UNIMED CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Solicitante: Central de vagas

Data: 07/05/2025

Origem: HOSPITAL UNIMED - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: Fabiana Tereza Martins de Castro de Oliveira

Idade: 44

Contato:

Sexo:  Masculino

Feminino

SUS/CONVENIO: Unimed

NºCARTEIRINHA: 00060503381587014

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 179581	Km: 179591 Hora Chegada: 12:38	Km: 179611 Hora Chegada: 13:16	Km: 179611 Hora Chegada: 13:16	Km: 179638
Hora: 12:13	Hora Saída: 12:54 Visto Origem:	Hora Saída: 13:29 Visto Destino:	Hora Saída: 13:29 Visto Destino:	Hora: 14:30

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:

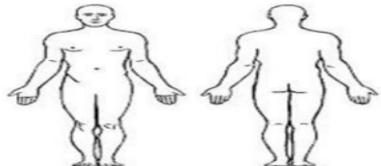
Obdece comandos 6  
Localiza Dor 5  
Movimentos de retardia 4

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

RG/CPF

Assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

Assumo paciente na unidade Unimed Taubaté para transferência, paciente responsável, consciente, comunicativa, Glasgow 15, refere DM, nega HAS ou outras comodidades, alérgica a látex, paciente com HD derrame pleural bilateral, realizado teste de covid + influenza na unidade com resultado Não Reagente, paciente em jejum desde 11h, apenas medicada na unidade com dipironas 11h, paciente referiu alguma dor abdominal, lombar, e baixo ventre, em translado sem intercorrências e passo o caso para a enfermeira Gabriela que dará continuidade ao processo e atendimento.



### 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  Wellington Oliveira  WELLINGTON GALVÃO APARECIDO DE OLIVEIRA CNH/ 05701022385  Data ____/____/____	Condutor Socorrista   SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35  Data ____/____/____
---	---	---