

Ficha de Acompanhamento

OS: 1688
VTR: 798 - JUMPER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
APH	<input checked="" type="checkbox"/> 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 CEPOG LTDA Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 28/07/2025
Origem: HOSPITAL UNIMED CEPOG - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ | SP X HOSPITAL UNIMED LORENA - LORENA | SP X HOSPITAL UNIMED LORENA - LORENA | SP

Nome: LUIZIANE LIZ AMARAL NAVARRO Idade: 56 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: UNIMED NºCARTEIRINHA: 0972040028400021

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 87964	Km: 87964 Hora Chegada: 23:34	Km: 87891 Hora Chegada: 00:11	Km: 87891 Hora Chegada: 00:11	Km: 88038
Hora: 23:34	Hora Saída: 23:44 Visto Origem:	Hora Saída: 00:18 Visto Destino:	Hora Saída: 00:18 Visto Destino:	Hora: 01:11

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

Abdômen 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:

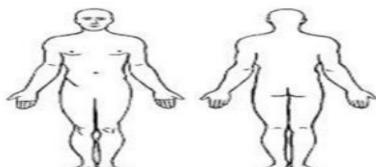
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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 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

transferida para a Unimed de Lorena, encontra-se calma, lúcida, comunicativa, respondendo as solicitações verbais.



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

Médico Responsável Data ____/____/____	Enfermagem Responsável ACSilva ALESSANDRA CRISTINA DA SILVA Coren/ 454941 Data ____/____/____	Condutor Socorrista <i>Aud.</i> CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
---	---	--