

Ficha de Acompanhamento										OS: 1619		
										VTR: 318 - SPRINTER		
<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			
<input type="checkbox"/> APH	<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		<input type="checkbox"/> SIV - INT					
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:					
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input checked="" type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER	cranio					
Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA										Solicitante: CENTRA VAGAS		
Data: 18/06/2025												
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ SP										X CLINICA SANTA ROSA - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ SP		
X HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ SP												
Nome: MARIA APARECIDA ANTONIO										Idade: 72		
Contato:												
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino										<input checked="" type="checkbox"/> Feminino		
SUS/CONVENIO: Unimed										NºCARTEIRINHA: 00207111000006006		
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base				
Km: 185401		Km: 185456		Km: 185458		Km: 185459		Km: 185487				
Hora: 11:37		Hora Chegada: 12:47		Hora Chegada: 13:46		Hora Chegada: 15:43		Hora: 16:14				
		Hora Saída: 13:40		Hora Saída: 15:36		Hora Saída: 15:49						
		Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:						
Neurológica		<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido		<input type="checkbox"/> Orientado		<input type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Confuso		<input 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				
Abdomem		<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		
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6				
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2				
								<input type="checkbox"/> 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 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						Assinatura						
RG/CPF												

Observações Médicas / Enfermeiros


Transferido paciente Maria Aparecida Antônio, acompanhada de família , enfermagem e médico, ambulância de UTI,na maca grades e cabeceira elevadas , Sat o² 93% fc 71, mantendo AVP em MSE,gelco 20, isofix dupla vias, salinizado, para clínica santa rosa para realizar exame de RNM crânio, puncionado AVP em MSd * 18 isofix, dupla vias ,retirado logo após o exame,resultado do exame entregue em mãos do dr Luiz briet,retorno da paciente ao hospital de origem sem intercorrências. Para realizar exame RNMe retirado acesso venoso, entregue resultado de exame pa



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 - Pegueno <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 ____/____/____	Conductor Socorrista  SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
--	---	--