

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TOT/TQM  US  RMN  T.C. HIPER.

Outros

EMPRESA *Roland*

Solicitante

*GUSTAVO*Data *06.07.24*Origem: *ESTÁDIO TOCHATE* x *Futebol Feminino Sub17x Portuguesa*

Nome:

Idade

Contato:

Sexo  Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>46094</i>	km	km	km
<i>46070</i>	Hora Chegada <i>08:20</i>	Hora Chegada	Hora Chegada	<i>46122</i>
Hora	Hora Saída <i>07:09</i>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<i>07:50</i>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	<i>13:22</i>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  InconscientePupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  KussmaulCirculatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em AventalMembros 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
- Nenhuma 1

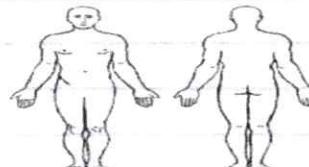
## Resposta Motora

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- Nenhuma

TRAUMA	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

Data 06/07/26		Data 06/07/24		Data / /																									
Luis Fernando Condutor Socorrista		Enfermeira Responsável		Médico Responsável																									
<p><b>Oxigênio</b></p> <table border="1"> <tr> <td>01 - Grande</td> <td><input type="checkbox"/> Cheiro</td> <td><input type="checkbox"/> Vazio</td> <td><input type="checkbox"/> Em uso</td> <td>Quantos Bar Utilizou</td> <td></td> </tr> <tr> <td>02 - Grande</td> <td><input type="checkbox"/> Cheiro</td> <td><input type="checkbox"/> Vazio</td> <td><input type="checkbox"/> Em uso</td> <td>Quantos Bar Utilizou</td> <td></td> </tr> <tr> <td>03 - Pequeno</td> <td><input type="checkbox"/> Cheiro</td> <td><input type="checkbox"/> Vazio</td> <td><input type="checkbox"/> Em uso</td> <td>Quantos Bar Utilizou</td> <td></td> </tr> <tr> <td>04 - Pequeno</td> <td><input type="checkbox"/> Cheiro</td> <td><input type="checkbox"/> Vazio</td> <td><input type="checkbox"/> Em uso</td> <td>Quantos Bar Utilizou</td> <td></td> </tr> </table>						01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheiro	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheiro	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheiro	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheiro	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheiro	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou																									
02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheiro	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou																									
03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheiro	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou																									
04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheiro	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou																									
Pedágios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não																									
<p><b>Materiais Utilizados</b></p>																													
<p><b>Observações Médicas / Enfermeiros</b></p>																													