

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☒ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☐ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

**Tipos de Exames** ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ Outros  
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA Particular Solicitante Paula Data 15/09/24

Origem: Zito x x

Nome: Futebol masculino Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>16/1455</u>	<u>16/1455</u>	<u>1</u>		<u>16/1466</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>Mh.</u>			
	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	
	<u>17:45</u>			
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>Mh.</u>	<u>[assinatura]</u>			<u>18:22</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfgmia ☐ Brasisfgmia ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

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 Improprias 3
- ☐ Palavras Incompreensivas 2
- ☐ Nenhuma 1

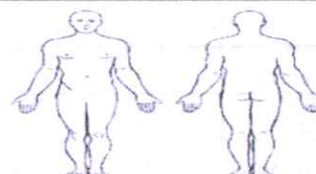
### Resposta Motora

- ☐ Obedece 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

RG/CPF

assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

Mh. Realizado as credenciais juntamente com a delegação federativa do futebol

\* Enfermeira: Danielle  
 \* Enfermeiro: Wesley  
 \* Conductor: Ceb  
 \* Médico:

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	02 - Grande <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	03 - Pequeno <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	04 - Pequeno <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médico Responsável  
 Dr. Lucas Costa  
 MÉDICO  
 CREMESP 260.341  
 Data 15/09/2024

Enfermagem Responsável  
 Wesley Alves de Oliveira  
 Enfermeiro  
 COREN-SP 812921  
 Data 15/09/24

Conductor Socorrista  
 Data 15/09/24