

Ficha de Acompanhamento

OS: 1601  
VTR:

☒ BÁSICA  
☐ APH

☐ EXAMES  
☐ TRASF. HOSPITALAR

☐ UTI ADULTO  
☐ ALTA HOSPITALAR

☐ UTI NEO  
☐ INTERNAÇÃO

☒ EVENTOS  
☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

Tipos de Exames

☐ CATE  
☐ GTT

☐ TOMO  
☐ TQT /TQM

☐ RX  
☐ US

☐ CPRS  
☐ RMN

☐ PET SCAM  
☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: ITAGUARÁ COUNTRY CLUBE  
Origem: ITAGUARÁ - GUARATINGUETÁ | SP

Solicitante: Na  
X UPA 3 GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ | SP

Data: 07/06/2025  
X ITAGUARÁ - GUARATINGUETÁ | SP

Nome: Festa junina  
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino  
SUS/CONVENIO: Na

Idade: 0 anos  
NºCARTEIRINHA: Na

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 184110	Km: 184162	Km: 184166	Km: 184170	Km: 184222
	Hora Chegada: 17:25	Hora Chegada: 21:18	Hora Chegada: 21:30	
Hora: 16:12	Hora Saída: 21:06	Hora Saída: 21:22	Hora Saída: 00:30	Hora: 01:25
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

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 AlteradosMembros 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 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 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


COBERTURA DA FESTA JUNINA, COM UM ATENDIMENTO "CRISE DE ANCIÉDADA" ENCAMINHADA A UPA, ONDE FOI ASSISTIDA.



## 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	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____