

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

CNV-9861-520

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input 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	

<b>Tipos de Exames</b>	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<b>Outros</b>
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA D. D. D. D. Solicitante R. Flores. Data 01.03.25Origem: P. DA CIDADE xNome: CARNAVAL PINDO Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_Sexo  Masculino  Feminino**SUS / CONVENIO****Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 139565	km 139565	km 139583	km	km 139591
Hora 13h40	Hora Chegada 13h40	Hora Chegada 13h50	Hora Chegada	

Hora	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	Hora
13h40	13h40	23h00	23h00	23h11

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não VerbalizaPupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  ApneiaCirculatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental  GravidicoMembros 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 Incompréhencivas 2  
 Nenhuma 1

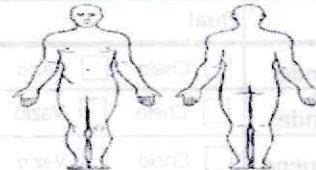
**Resposta Motora**

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 ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

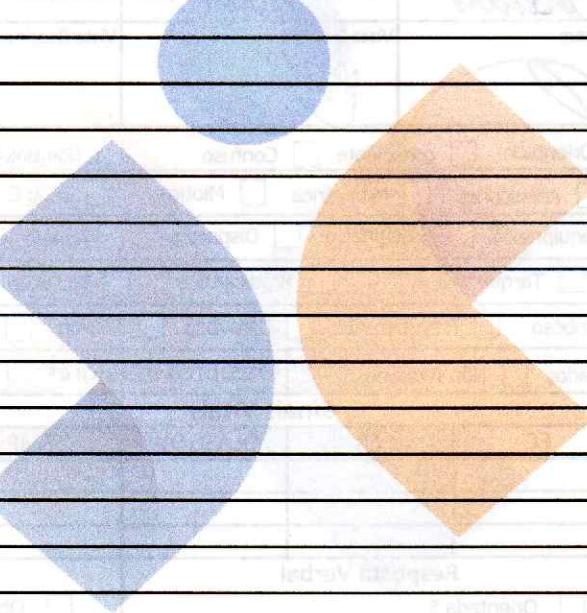
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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	assinatura
RG/CPF	

## Observações Médicas / Enfermeiros

14'00h Entrada no Parque da cidade numa anticarro  
não levado gabriel atí o P.S com ferimento  
occipital sia pós agressão policial — AE Eliane OULISORO



## Materiais Utilizados

**REAL VIDAS**

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	
	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

Data

Condutor Socorrista

Data

*Eduardo Santoma*

*Renam*

*01/03/25*

*01/03/25*