

Ficha de Acompanhamento							OS: 1717												
							VTR: 318 - SPRINTER												
<input type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> APH		<input type="checkbox"/> EXAMES <input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR		<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> SIV - INT		<input type="checkbox"/> PARTICULAR									
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER		Outro:							
Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA							Solicitante: Lucas		Data: 09/08/2025										
Origem: CENTRO ESPORTIVO ZITO - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA   SP							X		X										
Nome: Futebol							Idade: 0 anos		Contato:										
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino							<input type="checkbox"/> Feminino												
SUS/CONVENIO: Na							NºCARTEIRINHA: Na												
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base								
Km: 188640		Km: 188655			Km:			Km:			Km: 188680								
Hora: 08:37		Hora Saída: 13:00			Hora Saída:			Hora Saída:			Hora: 13:15								
		Visto Origem:			Visto Destino:			Visto Destino:											
Neurológica		<input 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 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 type="checkbox"/> Eupnéico		<input type="checkbox"/> Taquipneico		<input type="checkbox"/> Bradipneico		<input type="checkbox"/> Dispneico		<input type="checkbox"/> Apneia									
Circulatório		<input type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Tarquicardico		<input type="checkbox"/> Bradicardico		<input type="checkbox"/> Filiforme											
Abdomem		<input 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 type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados		<input type="checkbox"/> Não Alterados									
Sinais Vitais																			
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP		Sat O2		Hgt					
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:											
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2				<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma			
TRAUMA	Descrição	Crâ		Face		Col		Tór		Bac		Msd		Mse		Mid		Mie	
	Escoriação																		
	Cont																		
	Ferim																		
	Luxa																		
	Frat																		
	Lace																		
Secç																			
QUEIMADURAS																			
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


Sem intercorrências



REALVIDAS

## Materiais Utilizados

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		

<div>Médico Responsável</div> <div>MARIA ISABELA DE MORAIS</div> <div>CRM/ 273898</div> <div>Data ____/____/____</div>	<div>Enfermagem Responsável</div> <div>ERIKA DOS SANTOS FONSECA</div> <div>Coren/ 691032</div> <div>Data ____/____/____</div>	<div>Condutor Socorrista</div> <div></div> <div>CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA</div> <div>CNH/ 1234546</div> <div>Data ____/____/____</div>
--	---	---