

Ficha de Acompanhamento

OS: 1680
VTR: 520 - DUCATO

☒ 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: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

Solicitante: lucas

Data: 25/07/2025

Origem: CENTRO ESPORTIVO ZITO - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA | SP

X

X

Nome: futebol

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

SUS/CONVENIO: na

NºCARTEIRINHA: na

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|---------------------|----------------|----------------|--------------|
| Km: 143233 | Km: 143244 | Km: | Km: | Km: 143255 |
| | Hora Chegada: 12:30 | Hora Chegada: | Hora Chegada: | |
| Hora: 12:00 | Hora Saída: 17:00 | Hora Saída: | Hora Saída: | Hora: 17:00 |
| | 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 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

Resposta Motora:

☐ Obdece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

| 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 JUGO SEM INTERCORRENCIAS



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 |
| | ACSilva | |
| Data ____/____/____ | ALESSANDRA CRISTINA DA SILVA Coren/ 454941 | JOAO CECILIATO NETO CNH/ 02752333332 |
| | Data ____/____/____ | Data ____/____/____ |