

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1794  
VTR: 318 - SPRINTER

|   |  |  |  |  |                                     |                          |        |
|---|--|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA<br>APH | <input type="checkbox"/> EXAMES<br>TRASF. HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO<br>ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> UTI NEO<br>INTERNAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS<br>SIV - INT | <input type="checkbox"/> PARTICULAR |                          |        |
| Tipos de Exames                                   |  | CATE<br>GTT  | TOMO<br>TQT /TQM                               | RX<br>US   | CPRS<br>RMN                         | PET SCAM<br>T. C . HIPER | Outro: |

Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA      Solicitante: LUCAS      Data: 05/10/2025

Origem: PARQUE DA CIDADE - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA | SP      X      X

Nome: CORRIDA DE RUA      Idade: 0 anos      Contato:  
Sexo:  Masculino       Feminino  
SUS/CONVENIO: NA      N°CARTEIRINHA: NA

| Saída Base  | Origem                             | Destino                       | Destino                       | Chegada Base |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| Km: 193622  | Km: 193635<br>Hora Chegada: 07:00  | Km:<br>Hora Chegada:          | Km:<br>Hora Chegada:          | Km: 193645   |
| Hora: 06:15 | Hora Saída: 10:00<br>Visto Origem: | Hora Saída:<br>Visto Destino: | Hora Saída:<br>Visto Destino: | Hora: 12:21  |

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       A dor 2  
 voz 3       Nenhuma 1

### Resposta Verbal:

Orientada 5  
 Confusa 4  
 Palavras Improórias 3  
 Palavras Incomprêencivas 2

### Resposta Motoria:

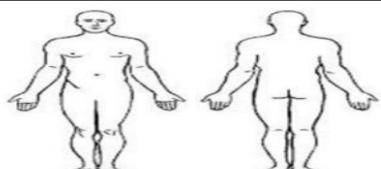
Obdece comandos 6  
 Localiza Dor 5  
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3  
 Extensão Anormal 2  
 Nenhuma

|   | Descrição  | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|---|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| T | Escoriação |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| R | Cont       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| A | Ferim      |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| U | Luxa       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| M | Frat       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| A | 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

corrida de rua



## Materiais Utilizados

# REALVIDAS

| Pedágios | 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<br><br>Data ____/____/____ | Enfermagem Responsável<br><br>Aline Moutinho<br><br>ALINE CRISTINA MOUTINHO<br>Coren/ 871076<br><br>Data ____/____/____ | Condutor Socorrista<br><br>ADRIANO DE OLIVEIRA<br>CNH/ 04165115514<br><br>Data ____/____/____ |
|---|---|---|