

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☐ BÁSICA   ☐ UTI ADULTO   ☐ UTI INFANTIL   ☐ UTI NEO   ☐ UTI ÁREA   ☐ EVENTOS   ☐ PARTICULAR   ☐ APH  
☐ EXAMES   ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR   ☐ ALTA HOSPITALAR   ☐ INTERNAÇÃO   ☐ SIV - INT

**Tipos de Exames**   ☐ CATE   ☐ TOMO   ☐ RX   ☐ CPRS   ☐ PET SCAM   ☐ Outros  
☐ GTT   ☐ TQT /TQM   ☐ US   ☐ RMN   ☐ T. C. HIPER.

**EMPRESA** CLUBE ITAGORÁ   **Solicitante** CAROL   **Data** 03/03/25

**Origem:** Itagorá   x   x

**Nome:** EVENTO CARNAL ITAGORÁ   **Idade**   **Contato:**

**Sexo**   ☐ Masculino   ☐ Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

| Saída Base | Origem                      | Destino       | Destino       | Chegada Base |
|------------|-----------------------------|---------------|---------------|--------------|
| km 174111  | km 174151                   | km            | km            | km 174206    |
|            | Hora Chegada 15:55          | Hora Chegada  | Hora Chegada  |              |
|            | Hora Saída 23:21            | Hora Saída    | Hora Saída    |              |
| Hora 14:50 | Visto Origem<br><u>Kauê</u> | Vista Destino | Vista Destino | Hora 00:12   |

**Neurológica**   ☐ Lúcido   ☐ Orientado   ☐ consciente   ☐ Confuso   ☐ Comunicativo   ☐ Não Verbaliza

**Pupilas**   ☐ Isocóricas   ☐ Anisocóricas   ☐ Midriática   ☐ Miotica   ☐ D ou E   ☐ É Maior

**Respiratória**   ☐ Eupnéico   ☐ Taquipnéico   ☐ Bradipnéico   ☐ Dispneico   ☐ Apneia

**Circulatório**   ☐ Normocárdico   ☐ Tarquicárdico   ☐ Bradicárdico   ☐ Filiforme

**Abdomem**   ☐ Plano   ☐ Globoso   ☐ Protuberante   ☐ 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 Incompreensíveis 2
- ☐ Nenhuma 1

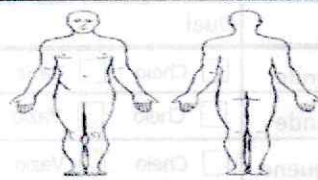
### Resposta Motora

- ☐ Obedece 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 | Perin | 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** \_\_\_\_\_ **assinatura** \_\_\_\_\_  
**RG/CPF** \_\_\_\_\_



# Observações Médicas / Enfermeiros

Sem Intervenções

## Materiais Utilizados

REFEIÇÃO

| 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 - Pequeno | <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

Ensamana

03/03/25

Lucas H

03/03/25