

Ficha de Acompanhamento

OS: 1718
VTR: 520 - DUCATO

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
---	--	--	--	--	-------------------------------------

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM 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: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: Na N°CARTEIRINHA: Na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 143352	Km: 143363 Hora Chegada: 09:00	Km: Hora Chegada:	Km: Hora Chegada:	Km: 143378
Hora: 08:40	Hora Saída: 13:00 Visto Origem:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora: 14:04

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

Abdômem Plano Globoso Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

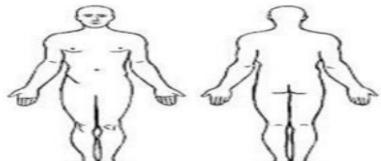
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
------	----	----	----	---------	------	--------	-----

Abertura ocular:	<input type="checkbox"/> Espontânea 4 voz 3	<input type="checkbox"/> A dor 2 Nenhuma 1	Resposta Verbal:	<input type="checkbox"/> Orientada 5 Confusa 4 Palavras Improórias 3 Palavras Incomprêencivas 2	Resposta Motoria:	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 Localiza Dor 5 Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> 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 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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Sem intercorrências



Materiais Utilizados

João alessandra

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 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável ACSilva ALESSANDRA CRISTINA DA SILVA Coren/ 454941 Data ____/____/____	Condutor Socorrista JOAO CECILIATO NETO CNH/ 0275233332 Data ____/____/____
---	---	--