

Ficha de Acompanhamento

OS: 1712
VTR: 318 - SPRINTER

☒ 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: 07/08/2025

Origem: CAMPO - FERROVIARIA - pindamonhangaba - PINDAMONHANGABA | SP

X

X

Nome: futisal

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS/CONVENIO: na

NºCARTEIRINHA: na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 188632	Km: 188635	Km:	Km:	Km: 188644
	Hora Chegada: 19:30	Hora Chegada:	Hora Chegada:	
Hora: 19:15	Hora Saída: 21:36	Hora Saída:	Hora Saída:	Hora: 22:12
	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 ☐ A dor 2 ☐ voz 3 ☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☐ Orientada 5 ☐ Confusa 4 ☐ Palavras Improórias 3 ☐ Palavras Incompreêncivas 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

evento sem intercorrências



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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	LORAINÉ CHRISTINE CAESAR SENE E SILVA Coren/ 697254 Data ____/____/____	LUIS FERNANDO MONTEIRO CNH/ 01788036010 Data ____/____/____