

Ficha de Acompanhamento

OS: 1577
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
Origem: CENTRO ESPORTIVO ZITO - PINDAMONHANGABA | SP

Solicitante: LUCAS
X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Data: 31/05/2025
X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: FUTEBOL
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
SUS/CONVENIO: NA

Idade: 0 anos
NºCARTEIRINHA: NA

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 183026	Km: 182066	Km: 182796	Km: 182796	Km: 183102
	Hora Chegada: 07:15	Hora Chegada: 14:03	Hora Chegada: 14:03	
Hora: 06:20	Hora Saída: 13:28	Hora Saída: 14:03	Hora Saída: 14:03	Hora: 14:15
	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 AlteradosMembros 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 Impróprias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2

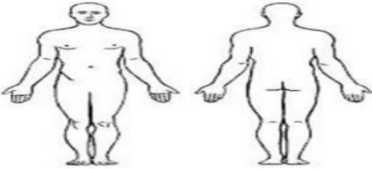
Resposta Motora:
☐ Obdece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

T
R
A
U
M
A

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


JOGO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS



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

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
JOSÉ MARCOS JUNQUEIRA REZEK FILHO CRM/ 255485-SP	EDSON GABRIEL GONÇALVES CONCEIÇÃO Coren/ 798910	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
		Data ____/____/____