

Ficha de Acompanhamento										OS: 1629		
										VTR: 520 - DUCATO		
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input type="checkbox"/> EXAMES		<input type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
<input type="checkbox"/> APH		<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		<input type="checkbox"/> SIV - INT				
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER		
Outro:												
Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA						Solicitante: Lucas			Data: 21/06/2025			
Origem: CENTRO ESPORTIVO ZITO - PINDAMONHANGABA SP						X			X			
Nome: Futebol Idade: 0 anos Contato:												
Sexo:		<input type="checkbox"/> Masculino				<input type="checkbox"/> Feminino						
SUS/CONVENIO: NA						NºCARTEIRINHA: NA						
Saída Base		Origem			Destino			Destino		Chegada Base		
Km: 142927		Km: 142960			Km:			Km:		Km: 142973		
Hora: 06:45		Hora Chegada: 07:25			Hora Chegada:			Hora Chegada:				
		Hora Saída: 13:45			Hora Saída:			Hora Saída:		Hora: 14:00		
		Visto Origem:			Visto Destino:			Visto Destino:				
Neurológica		<input type="checkbox"/> Lúcido		<input type="checkbox"/> Orientado		<input type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Confuso		<input type="checkbox"/> Comunicativo		
		<input type="checkbox"/> Não Verbaliza										
Pupilas		<input type="checkbox"/> Isocóricas		<input type="checkbox"/> Anisocorica		<input type="checkbox"/> Midriátrica		<input type="checkbox"/> Miotica		<input type="checkbox"/> D ou E		
		<input type="checkbox"/> É Maior										
Respiratória		<input type="checkbox"/> Eupnéico		<input type="checkbox"/> Taquipneico		<input type="checkbox"/> Bradipneico		<input type="checkbox"/> Dispneico		<input type="checkbox"/> Apneia		
Circulatório		<input type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Tarquicardico		<input type="checkbox"/> Bradicardico		<input type="checkbox"/> Filiforme				
Abdomem		<input type="checkbox"/> Plano		<input type="checkbox"/> Globoso		<input type="checkbox"/> Escavado		<input type="checkbox"/> Flácido		<input type="checkbox"/> Em Avental		
		<input type="checkbox"/> Gravidico										
Membros Superior		<input type="checkbox"/> Alterados		<input type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados		<input type="checkbox"/> Não Alterados		
Sinais Vitais												
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP		
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:				
<input type="checkbox"/> Espontânea 4				<input type="checkbox"/> Orientada 5				<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6				
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4				
<input type="checkbox"/> Nenhuma								<input type="checkbox"/> Nenhuma				
TRAUM 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						Assinatura						
RG/CPF												

Observações Médicas / Enfermeiros

COBERTURA DE EVENTO SEM INTERCORRENCIAS



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		Outros:			Refeição / Lanche		Sim	x	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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	LORAINÉ CHRISTINE CAESAR SENE E SILVA Coren/ 697254 Data ____/____/____	LUIS FERNANDO MONTEIRO CNH/ 01788036010 Data ____/____/____