

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 520

|  |  |  |                                  |                                   |   |                                     |                              |
|--|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO              | <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL    | <input type="checkbox"/> UTI NEO | <input type="checkbox"/> UTI ÁREA | <input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input type="checkbox"/> EXAMES            | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> CPRS    | <input type="checkbox"/> PET SCAM | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO         | <input type="checkbox"/> SIV - INT  |                              |

|                 |                               |                                  |                             |                               |                                       |        |
|-----------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------|
| Tipos de Exames | <input type="checkbox"/> CATE | <input type="checkbox"/> TOMO    | <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> CPRS | <input type="checkbox"/> PET SCAM     | Outros |
|                 | <input type="checkbox"/> GTT  | <input type="checkbox"/> TQT/TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN  | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. |        |

EMPRESA Prefeitura de Pindamonhangaba Solicitante Tatiana Data 15/09/24  
 Origem: Compe Fazenda X Contato:

| Nome:          |                           | Idade         | Contato:                    |
|----------------|---------------------------|---------------|-----------------------------|
| Sexo           |                           |               |                             |
| SUS / CONVENIO |                           |               |                             |
| Saída Base     | Origem                    | Destino       | Destino                     |
| km             | km <u>136 325</u>         | km            | km                          |
| <u>136 323</u> | Hora Chegada <u>07:40</u> | Hora Chegada  | Hora Chegada <u>136 328</u> |
| Hora           | Hora Saida <u>07:05</u>   | Hora Saida    | Hora Saida                  |
| <u>07:25</u>   | Visto Origem <u>Plano</u> | Vista Destino | Vista Destino <u>13:15</u>  |

|                  |   |  |                                       |                                       |  |
|------------------|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Neurológica      | <input type="checkbox"/> Lúcido             | <input type="checkbox"/> Orientado     | <input type="checkbox"/> Conciente    | <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Inconsciente  |
| Pupilas          | <input type="checkbox"/> Isocóricas         | <input type="checkbox"/> Anisocorica   | <input type="checkbox"/> Midriátrica  | <input type="checkbox"/> Miotica      | <input type="checkbox"/> D ou E        |
| Respiratória     | <input type="checkbox"/> Eupnêico           | <input type="checkbox"/> Taquicardia   | <input type="checkbox"/> Bradicardia  | <input type="checkbox"/> Apnéia       | <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes |
| Circulatório     | <input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco | <input type="checkbox"/> Ritimico      | <input type="checkbox"/> Arritmico    | <input type="checkbox"/> Dicrotico    | <input type="checkbox"/> Taquicardia   |
| Abdomem          | <input type="checkbox"/> Plano              | <input type="checkbox"/> Globoso       | <input type="checkbox"/> Protuberante | <input type="checkbox"/> Escavado     | <input type="checkbox"/> Flácido       |
| Membros Superior | <input type="checkbox"/> Alterados          | <input type="checkbox"/> Não Alterados | Membros Inferiores                    |                                       | <input type="checkbox"/> Alterados     |
|                  |   |  |                                       |                                       | <input type="checkbox"/> Não Alterados |

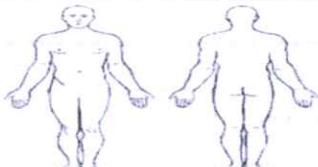
## Sinais Vitais

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

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

| TRAUMA | Descrição  | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|--------|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|        | Escoriação |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|        | Cont       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|        | Ferim      |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|        | Luxa       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|        | Frat       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|        | Lace       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|        | Secç       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |

| QUEIMADURAS | 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.

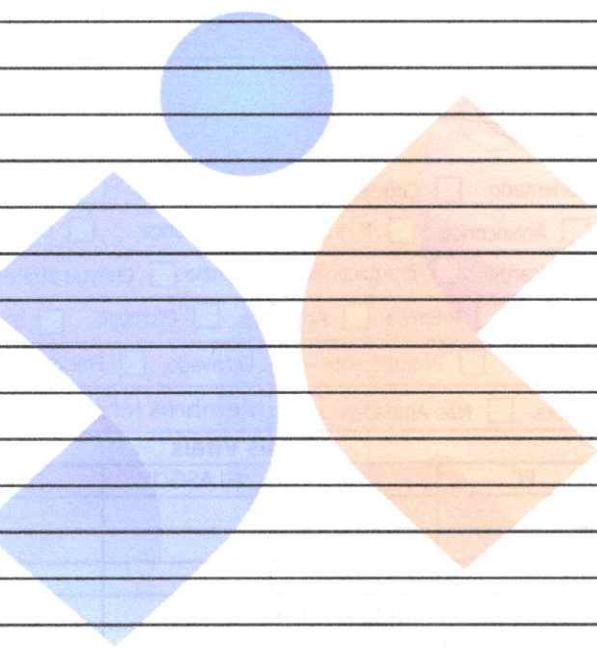
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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   | assinatura |
| RG/CPF |            |

# Observações Médicas / Enfermeiros

07:25 - Saída da base para o futebol no campo ferroviário - 07:40 -  
chegado ao evento no campo ferroviário 13:05 - Saindo do evento  
no campo do ferroviário 13:55 - chegado a base



## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

| Pedagios | Qual         | Refeição / Lanche  | Sim                  | Não |
|----------|--------------|--|----------------------|-----|
| Oxigênio | 01 - Grande  | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou | 120 |
|          | 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

Alanay Antunes Gonzaga  
Unidade de Enfermagem  
REN-SP 001.808.995

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Condutor Socorrista

Rafael

Data 15 / 09 / 24