

# Ficha de Acompanhamento

BÁSICA  UTI ADULTO  UTI INFANTIL  UTI NEO  UTI ÁREA  EVENTOS  PARTICULAR  APH  
 EXAMES  TRASFERÊNCIA HOSPITALAR  ALTA HOSPITALAR  INTERNAÇÃO  SIV - INT

**Tipos de Exames**  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TOT/TQM  US  RMN  T. C. HIPER. Outros

EMPRESA *fogo futebol sub 15/17* Solicitante \_\_\_\_\_ Data *28/4/24*

Origem: *SSJ JOGO E. Clube.* x

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino

Feminino

## SUS / CONVENIO

## Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>21172</i>	km <i>21183</i>	km	km	km <i>91203</i>
Hora <i>07:00</i>	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	Hora <i>14:00</i>
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritítmico  Arritmico  Dicrotico  Taquifgmia  Brasisfgmia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

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 | <input type="checkbox"/> Orientada 5                |
| <input type="checkbox"/> voz 3        | <input type="checkbox"/> Confusa 4                  |
| <input type="checkbox"/> A dor 2      | <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3      |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1    | <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 |
|                                       | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1                  |

## Resposta Verbal

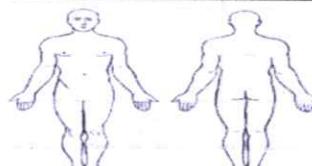
## Resposta Motora

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Obdece comandos 6        |
| <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5           |
| <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 |
| <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3         |
| <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

	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

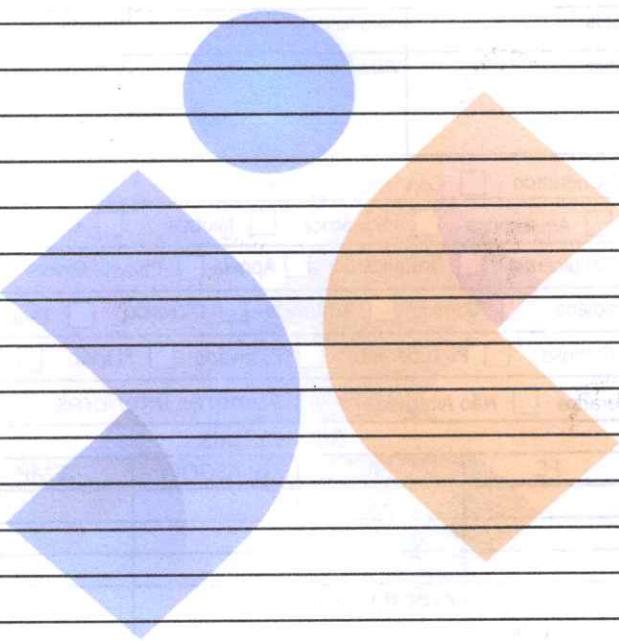
Nome \_\_\_\_\_

assinatura \_\_\_\_\_

RG/CPF \_\_\_\_\_

## Observações Médicas / Enfermeiros

Jogador João com trauma leve em ombro D. Avaliado por médico responsável pelo time e por mim, sem grandes lesões. Movimento e sensibilidade preservadas. Optado por realizar 1 amp Dipirona + 1 amp Profenol IM. Sem outras queixas. Sem demais intercorrências.



### Materiais Utilizados

Usado 03 Xíringas 10ml, 1 Cetorprofeno + 1 amp/ dipirona 250mg/5ml 25x7, 2 Xíringas 30x8, Jabonete 10cm

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	

<b>Médico Responsável</b>	
Dra. Hora Soares	
Médica	
CRM-SP 236615	
Data	/ /

<b>Enfermagem Responsável</b>	
Ana Carolina A. dos Anjos	
Giovanna P. S. Senna	
CRM-SP 442104	
CREF-SP 677845	
Data	28/04/24

<b>Condutor Socorrista</b>	
João Silviano	
Data 28/04/24	