

Ficha de Acompanhamento

OS

520

☒ 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
 Outros
☐ GTT
 ☐ TQT /TQM
 ☐ US
 ☐ RMN
 ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA Prefeitura Pindamonhangaba
 Solicitante ANDREIA
 Data 08/06/2024

Origem: QUADRA COBERTA FERROVIÁRIA
 X

Nome: JOMI
 Idade
 Contato:

Sexo
 ☐ Masculino
 ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>134391</u>	<u>134396</u>			<u>134402</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>07:44</u>			
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>18:40</u>			
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>07:30</u>				<u>19h00</u>

Neurológica
 ☐ Lúcido
 ☐ Orientado
 ☐ Conciente
 ☐ Desorientado
 ☐ Inconsciente

Pupilas
 ☐ Isocóricas
 ☐ Anisocórica
 ☐ Midriática
 ☐ Miotica
 ☐ D ou E
 ☐ É Maior

Respiratória
 ☐ Eupnéico
 ☐ Taquicardia
 ☐ Braquicardia
 ☐ Apnéia
 ☐ Cheyne Stokes
 ☐ Biot
 ☐ Kussmaul

Circulatório
 ☐ Pulso normocadiaco
 ☐ Ritímico
 ☐ Arritmico
 ☐ Dicrotico
 ☐ Taquissfmgia
 ☐ Brasisfmgia
 ☐ 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

- ☐ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incomprêencivas 2
☐ Nenhuma 1

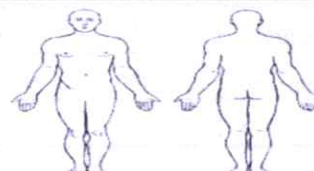
Resposta Motora

- ☐ Obdece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ 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

8h00 - Chegada

13:30 - Chegada

18:30 - Saída

Gabriel Alencar de Azevedo Gabriel Celso

REALIZADO EVENTO SEM ALTERAÇÃO E SEM ANOMALIAS. FICO À DISPOSIÇÃO PARA MAIS INFORMAÇÕES.

Wellington G. Ap. de Oliveira
COREN-PP 932443-PP

Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

Data

Enfermagem Responsável

Wellington G. Ap. de Oliveira
Wellington G. Ap. de Oliveira

Data

08/06/24

Condutor Socorrista

João Ceciliato

Data

08/06/24