

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<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"/> 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	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA Prof. Pindamonhangaba

Solicitante Andreia

Data 08/06/24

Origem: São Paulo X

X

Nome:	Idade	Contato:
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		

## SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 153813.	km	km	km
153809	Hora Chegada 13:40.	Hora Chegada	Hora Chegada	153816
Hora	Hora Saída 15:33.	Hora Saída	Hora Saída	Hora
13:30.	Visto Origem <i>Ahah</i>	Vista Destino	Vista Destino	15:46

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  InconscientePupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnêico  Taquicardia  Bradicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  KussmaulCirculatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfgmia  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em AventalMembros 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

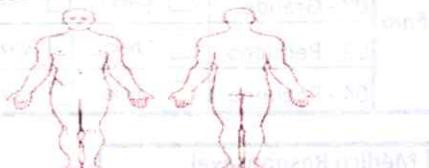
## Resposta Motora

- 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

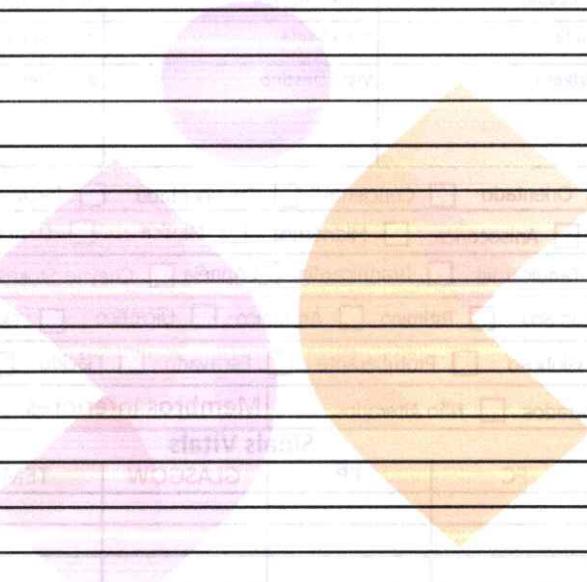
Nome

assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Este veículo compareceu no evento esportivo (vôlei) no CE.JOO. Hall (Djanira Salles)



## Materiais Utilizados

REAL MEDICAS

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
Data _____

Enfermagem Responsável
Angelita C. G. Araujo
Téc. de Enfermagem
GOREN-SP: 46252
Data 08/06/24.

Condutor Socorrista
Data 08/06/24