

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

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 Pinda 64 Solicitante ANDREIA Data 06.09.24

Origem: QUADRA FERROVIARIA x FUTSAL MASCULINO x

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

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
136 248	136 252			136 255
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	19:20			
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	21:20			
19:10	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	21:40

Neurológica
 ☐ Lúcido
 ☐ Orientado
 ☐ Conciente
 ☐ Desorientado
 ☐ Inconsciente

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

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

Circulatório
 ☐ Pulso normocardiaco
 ☐ Ritimico
 ☐ Arritmico
 ☐ Dicrotico
 ☐ Taquisfmgia
 ☐ 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 Incompreêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

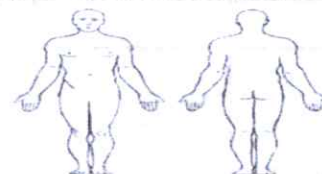
## Resposta Motora

- ☐ Obcede 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 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

Equipe de Futsal seguiu sem intercorrências.

## Materiais Utilizados

Pedagios		Qual	Refeição / Lanche	Sim	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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável

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

Enfermagem Responsável

Ana Júlia de Souza Rocha

Enfermeira

COREN-SP 760299

Data 06/09/24

Condutor Socorrista

Wes Fernando

Data 06/09/24