

Ficha de Acompanhamento							OS: 1600								
							VTR: 798 - JUMPER								
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input type="checkbox"/> EXAMES		<input type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR					
<input type="checkbox"/> APH		<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		<input type="checkbox"/> SIV - INT							
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER					
Outro:															
Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA							Solicitante: CLAUDIO		Data: 07/06/2025						
Origem: JUCA MOREIRA - CENTRO ESPORTIVO PINDA - PINDAMONHANGABA SP							X		X						
Nome: VOLEI Idade: 0 anos Contato:															
Sexo:		<input type="checkbox"/> Masculino				<input type="checkbox"/> Feminino									
SUS/CONVENIO: NA						NºCARTEIRINHA: NA									
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base				
Km: 82466		Km: 82470			Km:			Km:			Km: 82480				
Hora: 08:00		Hora Chegada: 08:30			Hora Chegada:			Hora Chegada:			Hora: 18:00				
		Hora Saída: 18:00			Hora Saída:			Hora Saída:							
		Visto Origem:			Visto Destino:			Visto Destino:							
Neurológica		<input type="checkbox"/> Lúcido		<input type="checkbox"/> Orientado		<input type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Confuso		<input type="checkbox"/> Comunicativo		<input type="checkbox"/> Não Verbaliza			
Pupilas		<input type="checkbox"/> Isocóricas		<input type="checkbox"/> Anisocorica		<input type="checkbox"/> Midriátrica		<input type="checkbox"/> Miotica		<input type="checkbox"/> D ou E		<input type="checkbox"/> É Maior			
Respiratória		<input type="checkbox"/> Eupnéico		<input type="checkbox"/> Taquipneico		<input type="checkbox"/> Bradipneico		<input type="checkbox"/> Dispneico		<input type="checkbox"/> Apneia					
Circulatório		<input type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Tarquicardico		<input type="checkbox"/> Bradicardico		<input type="checkbox"/> Filiforme							
Abdomem		<input type="checkbox"/> Plano		<input type="checkbox"/> Globoso		<input type="checkbox"/> Escavado		<input type="checkbox"/> Flácido		<input type="checkbox"/> Em Avental		<input type="checkbox"/> Gravidico			
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"/> Obedece comandos 6				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3			
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2			
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4				<input type="checkbox"/> Nenhuma			
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2											
TRAUM A	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

evento realizado sem intercorrências



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios	Outros:	Refeição / Lanche	Sim	x	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 - Pegueno <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	MANUELA VIVIANE DE SOUZA Coren/ 730283 Data ____/____/____	LUCAS HENRIQUE DE LIMA MONTEIRO CNH/ 01 Data ____/____/____