

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1556

VTR: VTR - APOIO  
OPERACIONAL

<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		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

Solicitante: TATIANE

Data: 24/05/2025

Origem: CAMPO - FERROVIARIA - PINDAMONHANGABA | SP

X

X

Nome: FUTEBOL CAMPO

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo:  Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: NA

NºCARTEIRINHA: NA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km:	Km: 0	Km:	Km:	
	Hora Chegada: 08:00	Hora Chegada:	Hora Chegada:	
Hora: 07:43	Hora Saída: 12:00	Hora Saída:	Hora Saída:	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	Hora: 20:08

Neurológica  Lúcido  Orientado  Consciente  Confuso  Comunicativo  Não VerbalizaPupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  ApneiaCirculatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  FiliformeAbdômen  Plano  Globoso  Escavado  Flácido  Em Avental  GravidicoMembros 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 Incompréhencivas 2

### Resposta Motoria:

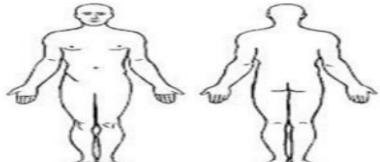
 Obdece comandos 6  
 Localiza Dor 5  
 Movimentos de retardia 4

 Flexão Anormal 3  
 Extensão Anormal 2  
 Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T	Escoriação									
R	Cont									
A	Ferim									
U	Luxa									
M	Frat									
A	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

RG/CPF

Assinatura

# Observações Médicas / Enfermeiros

FOGO FINAL CAMPEONADO



## Materiais Utilizados

# REALVIDAS

Pedágios	Outros:	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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Data ____ / ____ / ____	Data ____ / ____ / ____	Data ____ / ____ / ____