

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 520

<input 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"/> TRANSFERÊNCIA 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"/> 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	<i>Pref. Rio de Janeiro</i>	Solicitante	<i>André</i>	Data	<i>15/02/25</i>
---------	-----------------------------	-------------	--------------	------	-----------------

Origem:	x	x
---------	---	---

Name: <i>SELETIVAS DE JUDÔ</i>	Idade	Contato:
--------------------------------	-------	----------

Sexo  Masculino  Feminino

## SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 38754	km 138759	km	km	km 13877
Hora 9:00	Hora Chegada 9:10	Hora Chegada	Hora Chegada	
	Hora Saída 12:20	Hora Saída	Hora Saída	Hora 13:05
	Visto Origem <i>Fabricio A Souza</i>	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E
Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes
Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritítmico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfmgia
Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido
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"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
		Escoriação	Cont							
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

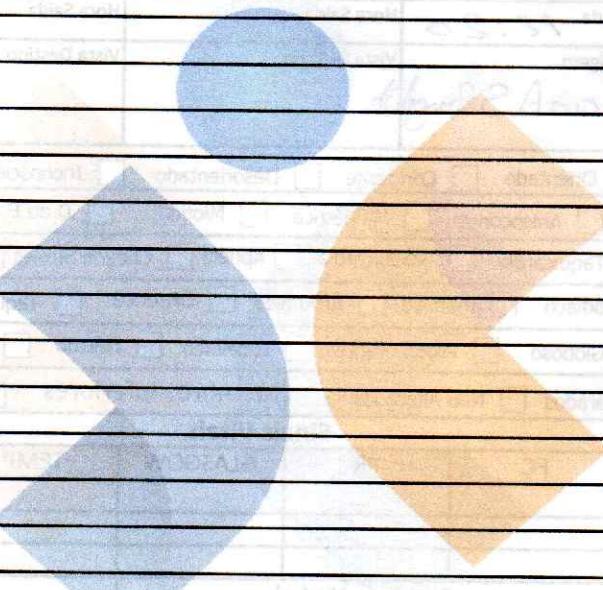
QUEIMADURAS	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie	
	I									
	II									
	III									

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

Sexta-feira de Judô Pingo, numa pequena lesão de ferido  
enquanto durante a luta, aplicado compressa de gelo local,  
numa outra pequena lesão de ferido em queiro, aplicado gelo  
local, numa pequena lesão em antebraço direito, aplicado  
gelo local e uma pequena escoriação em dedo ame-  
dor do queiro, feito curativo.



## Materiais Utilizados

- 3 ataduras pequenas
- 2 ataduras grandes
- 1 gaze.

Pedágios		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**

Erica Pessante	
599986	
Data	15/02/25

**Condutor Socorrista**

LUCA'S II	
Data	15/02/25