

Ficha de Acompanhamento							OS: 1583				
							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: PARTICULAR REAL VIDAS Solicitante: CLAUDIO Data: 01/06/2025											
Origem: CENTRO ESPORTIVO ZITO - PINDAMONHANGABA SP X X											
Nome: HAGBI 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: 82093		Km: 82104			Km:		Km:		Km: 82115		
		Hora Chegada: 15:30			Hora Chegada:		Hora Chegada:				
Hora: 14:45		Hora Saída: 17:29			Hora Saída:		Hora Saída:		Hora: 17:30		
		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	
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"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3			
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2			
				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Nenhuma			
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 COM DUAS INTERCORRENCIAS - 1- ESCOREIAÇÃO NA CABEÇA FEITO BANDAGEM COM ATADURAS - NÃO FOI NESCESSARIO ENCAMINHAMNTO AO PRONTO ATENDIMENTO. 2 - TROÇÃO NO PE DIREITO DO ATLATE FEITO PRANCHAMENTO E IMOBLILIZAÇÃO DO ATLETA, O MESMO SE RECUSOU A SER ENCAMINHADO AO PRONTO ATENDIMENTO.



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		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 ____/____/____	LAUANY ANTUNES GONZAGA Coren/ 1808995	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
	Data ____/____/____	Data ____/____/____