

| | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|---|-------|--|----------------|--|---------------------|---|-----|--|--------------|--|
| Ficha de Acompanhamento | | | | | | | OS: 1818 | | | | | |
| | | | | | | | VTR: 318 - SPRINTER | | | | | |
| <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: ROLAND AMBULANCIAS Solicitante: gabriel Data: 01/11/2025 | | | | | | | | | | | | |
| Origem: CAMPO - FERROVIARIA - pindamonhangaba - PINDAMONHANGABA SP X X | | | | | | | | | | | | |
| Nome: futebol femenino 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: 195490 | | Km: 195493 | | | Km: | | | Km: | | | Km: 195495 | |
| Hora: 12:25 | | Hora Chegada: 13:00 | | | Hora Chegada: | | | Hora Chegada: | | | | |
| | | Hora Saída: 17:17 | | | Hora Saída: | | | Hora Saída: | | | Hora: 13:25 | |
| | | 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"/> Obdece comandos 6 | | | | |
| <input type="checkbox"/> A dor 2 | | | | <input type="checkbox"/> Confusa 4 | | | | <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 | | | | |
| <input type="checkbox"/> voz 3 | | | | <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"/> Extensão Anormal 2 | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 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

cobertura do jogo sem intercorrencias



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 ____/____/____ | CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____ | THIAGO ANTUNES DOS SANTOS CNH/ 05792035625 Data ____/____/____ |