

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☒ BÁSICA
 ☐ UTI ADULTO
 ☐ UTI INFANTIL
 ☐ UTI NEO
 ☐ UTI ÁREA
 ☒ EVENTOS
 ☐ PARTICULAR
 ☐ APH
☐ EXAMES
 ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR
 ☐ ALTA HOSPITALAR
 ☐ INTERNAÇÃO
 ☐ SIV - INT

Tipos de Exames
☐ CATE
 ☐ TOMO
 ☐ RX
 ☐ CPRS
 ☐ PET SCAM
 ☐ GTT
 ☐ TOT/TQM
 ☐ US
 ☐ RMN
 ☐ T. C. HIPER.
 Outros

EMPRESA RH. Pinda Solicitante _____ Data 23/02/25

Origem: EVENTO CARNAVAL x PINDA

Nome: _____ Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>173970</u>	km <u>173995</u>	km	km	km <u>173998</u>
	Hora Chegada <u>17:48</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>22:58</u>	Hora Saída	Hora Saída	
Hora <u>17:30</u>	Visto Origem <u>De Alvin</u>	Vista Destino	Vista Destino	Hora <u>23:10</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☐ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental ☐ Gravidico

Membros 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 Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

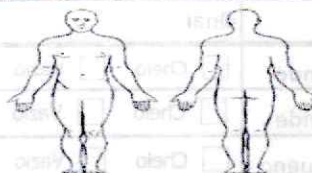
Resposta Motora

- ☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ 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	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

Evento Sem Interconvenção

Materiais Utilizados

Alimentação

Pedagios	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

Cassia Jane de Toledo
COREN - SP 514223 - ENF

Data

23/02/25
23/02/25

Condutor Socorrista

Lucas H.

Data

23/02/25