

# Ficha de Acompanhamento

OS  
1557  
VTR  
520

<input checked="" 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"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<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	Outros	EVENTO
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.		

EMPRESA Prof de Pind. Solicitante Cláudia Data 24/05/25

Origem: Gymnasio Marchio Colégio x

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Feminino

## SUS / CONVENIO

## Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 142709	km 142715	km	km	km
Hora 08:44	Hora Chegada 09:08	Hora Chegada	Hora Chegada	
	Hora Saída 09:42	Hora Saída	Hora Saída	Hora 09:53
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  Apneia

Circulatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  Filiforme

Abdômen  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 Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

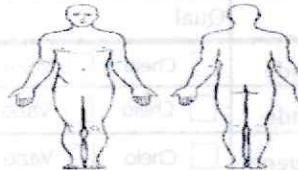
## Resposta Motoria

- Obdece 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	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

08:44 - Saída da base para o evento volta na ginasia quadra coberto.  
09:09 - Chegada ao evento de volta. 39:42 - Saída do evento sem nenhuma.

MC CERTIFICADA

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

Estado

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP

Endereço

Cidade

UF

País

Sexo

Data

Horário

Assinatura

Nome

CPF

RG

CEP