

Ficha de Acompanhamento

OS: 1717
VTR: 318 - SPRINTER

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" 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		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

Solicitante: Lucas

Data: 09/08/2025

Origem: CENTRO ESPORTIVO ZITO - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA | SP X X

Nome: Futebol Idade: 0 anos Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: Na N°CARTEIRINHA: Na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 188640	Km: 188655 Hora Chegada: 09:00	Km: Hora Chegada:	Km: Hora Chegada:	Km: 188680
Hora: 08:37	Hora Saída: 13:00 Visto Origem:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora: 13:15

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados | Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

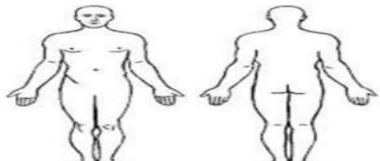
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
------	----	----	----	---------	------	--------	-----

Abertura ocular:	Resposta Verbal:	Resposta Motor:		
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T	Escoriação									
R	Cont									
A	Ferim									
U	Luxa									
M	Frat									
A	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 ambulância 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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Sem intercorrências



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios	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 MARIA ISABELA DE MORAIS CRM/ 273898 Data ____ / ____ / ____	Enfermagem Responsável ERIKA DOS SANTOS FONSECA Coren/ 691032 Data ____ / ____ / ____	Condutor Socorrista CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____ / ____ / ____
---	--	---