

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<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"/> CPS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA P. PINDA Solicitante ANDREIA, Data 22/02/25

Origem: DARQUÉ D'ACIDÉZÉ x

Nome: Evento Carnaval Pinda Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO		Nº CARTEIRINHA			
Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base	
km <u>69358</u>	km <u>69369</u>	km <u>69384</u>	km	km	
	Hora Chegada <u>17:45</u>	Hora Chegada <u>23:37</u>	Hora Chegada		
Hora <u>17:30</u>	Hora Saida <u>23:10</u>	Hora Saida	Hora Saida		
	Visto Origem <u>+ Galim</u>	Vista Destino	Vista Destino	Hora	

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico 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

TRAUMA	Abertura ocular	Resposta Verbal					Resposta Motora				
		<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprênsivas 2	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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"/> voz 3										<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
	<input type="checkbox"/> A dor 2										<input type="checkbox"/> Nenhuma
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1										

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	
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 Intercorrências.

Materiais Utilizados

alimentação

REAL VIDAS

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	X
	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 1 / 1

Enfermagem Responsável

Cassia Jane de Toledo
COREN - SP 514223 - ENF

Data 22 / 02 / 25

Condutor Socorrista

LUCAS M
Data 22 / 02 / 25