

Ficha de Acompanhamento

OS: 1561
VTR: 318 - SPRINTER

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH | <input type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | |
| Tipos de Exames | | CATE GTT | TOMO TQT /TQM | RX US | CPRS RMN | PET SCAM T. C . HIPER | Outro: |

Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA
Origem: QUADRA ALTO TABAU - PINDAMONHANGABA | SP

Solicitante: CLAUDIO

Data: 25/05/2025

Nome: VOLEI Idade: 0 anos Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: NA N°CARTEIRINHA: NA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| Km: 182032 | Km: 182036 Hora Chegada: 08:00 | Km: Hora Chegada: | Km: Hora Chegada: | Km: 182043 |
| Hora: 08:00 | Hora Saída: 12:00 Visto Origem: | Hora Saída: Visto Destino: | Hora Saída: Visto Destino: | Hora: 17:30 |

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:

Espontânea 4
voz 3 A dor 2
Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréhencivas 2

Resposta Motora:

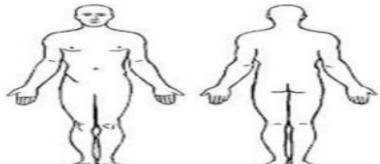
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
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

VOLEI - JOMI



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 | Enfermagem Responsável | Condutor Socorrista |
| Data ____ / ____ / ____ | Data ____ / ____ / ____ | Data ____ / ____ / ____ |