

|  |            |   |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
|--|------------|---|--|--|----------------|--|---|---|------------------|--|--------------|--|
| Ficha de Acompanhamento  |            |   |  |  |                |  |   |   |                  | OS: 1556   |              |  |
|  |            |   |  |  |                |  |   |   |                  | VTR: VTR - APOIO OPERACIONAL   |              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA   |            | <input type="checkbox"/> EXAMES                               |  | <input 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  |            | <input type="checkbox"/> CATE<br><input type="checkbox"/> GTT |  | <input type="checkbox"/> TOMO<br><input type="checkbox"/> TQT /TQM |                | <input type="checkbox"/> RX<br><input type="checkbox"/> US |   | <input type="checkbox"/> CPRS<br><input type="checkbox"/> RMN |                  | <input type="checkbox"/> PET SCAM<br><input type="checkbox"/> T. C . HIPER |              |  |
| Outro:   |            |   |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
| Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA   |            |   |  |  |                | Solicitante: TATIANE                                       |   |   | Data: 24/05/2025 |  |              |  |
| Origem: CAMPO - FERROVIARIA - PINDAMONHANGABA   SP   |            |   |  |  |                | X  |   |   | X                |  |              |  |
| Nome: FUTEBOL CAMPO Idade: 0 anos Contato:   |            |   |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
| Sexo:  |            | <input type="checkbox"/> Masculino                            |  |  |                | <input type="checkbox"/> Feminino                          |   |   |                  |  |              |  |
| SUS/CONVENIO: NA   |            |   |  |  |                | NºCARTEIRINHA: NA  |   |   |                  |  |              |  |
| Saída Base   |            | Origem  |  |  | Destino        |  |   | Destino   |                  |  | Chegada Base |  |
| Km:  |            | Km: 0   |  |  | Km:            |  |   | Km:   |                  |  | Km: 0        |  |
| Hora: 07:43  |            | Hora Chegada: 08:00   |  |  | Hora Chegada:  |  |   | Hora Chegada:   |                  |  | Hora: 20:08  |  |
|  |            | Hora Saída: 12:00   |  |  | Hora Saída:    |  |   | Hora Saída:   |                  |  |              |  |
|  |            | Visto Origem:   |  |  | Visto Destino: |  |   | Visto Destino:  |                  |  |              |  |
| Neurológica  |            | <input type="checkbox"/> Lúcido                               |  | <input type="checkbox"/> Orientado                                 |                | <input type="checkbox"/> Consciente                        |   | <input type="checkbox"/> Confuso                              |                  | <input type="checkbox"/> Comunicativo                                      |              |  |
|  |            | <input type="checkbox"/> Não Verbaliza                        |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
| Pupilas  |            | <input type="checkbox"/> Isocóricas                           |  | <input type="checkbox"/> Anisocorica                               |                | <input type="checkbox"/> Midrítrica                        |   | <input type="checkbox"/> Miotica                              |                  | <input type="checkbox"/> D ou E  |              |  |
|  |            | <input type="checkbox"/> É Maior                              |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
| Respiratória   |            | <input type="checkbox"/> Eupnéico                             |  | <input type="checkbox"/> Taquipneico                               |                | <input type="checkbox"/> Bradipneico                       |   | <input type="checkbox"/> Dispneico                            |                  | <input type="checkbox"/> Apneia  |              |  |
| Circulatório   |            | <input type="checkbox"/> Normocárdico                         |  | <input type="checkbox"/> Tarquicardico                             |                | <input type="checkbox"/> Bradicardico                      |   | <input type="checkbox"/> Filiforme                            |                  |  |              |  |
| Abdomem  |            | <input type="checkbox"/> Plano                                |  | <input type="checkbox"/> Globoso                                   |                | <input type="checkbox"/> Escavado                          |   | <input type="checkbox"/> Flácido                              |                  | <input type="checkbox"/> Em Avental  |              |  |
|  |            | <input type="checkbox"/> Gravidico                            |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
| Membros Superior   |            | <input type="checkbox"/> Alterados                            |  | <input type="checkbox"/> Não Alterados                             |                | Membros Inferiores   |   | <input type="checkbox"/> Alterados                            |                  | <input type="checkbox"/> Não Alterados                                     |              |  |
| Sinais Vitais  |            |   |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
| HORA   |            | PA  | FC   | FR   | GLASGOW        |  |   | TEMP  |                  | Sat O2   |              |  |
|  |            |   |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
|  |            |   |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
|  |            |   |  |  |                |  |   |   |                  |  |              |  |
| Abertura ocular:   |            |   | Resposta Verbal:                                   |  |                |  | Resposta Motora:                                  |   |                  |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4  |            |   | <input type="checkbox"/> Orientada 5               |  |                |  | <input type="checkbox"/> Obedece comandos 6       |   |                  |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> A dor 2   |            |   | <input type="checkbox"/> Confusa 4                 |  |                |  | <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5           |   |                  |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> voz 3   |            |   | <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3     |  |                |  | <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 |   |                  |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1   |            |   | <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêncivas 2 |  |                |  | <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3         |   |                  |  |              |  |
|  |            |   |  |  |                |  | <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2       |   |                  |  |              |  |
|  |            |   |  |  |                |  | <input type="checkbox"/> Nenhuma                  |   |                  |  |              |  |
| T<br>R<br>A<br>U<br>M<br>A   | 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

FOGO FINAL CAMPEONADO



## Materiais Utilizados

REALVIDAS

| Pedagios |              | 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 ____/____/____ |