

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☒ BASICA
 ☐ UTI ADULTO
 ☐ UTI INFANTIL
 ☐ UTI NEO
 ☐ UTI ÁREA
 ☒ EVENTOS
 ☐ PARTICULAR
 ☐ APH
☐ EXAMES
 ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR
 ☐ ALTA HOSPITALAR
 ☐ INTERNAÇÃO
 ☐ SIV - INT

Tipos de Exames
 ☐ CATE
 ☐ TOMO
 ☐ RX
 ☐ CPRS
 ☐ PET SCAM
 ☐ GTT
 ☐ TQT/TQM
 ☐ US
 ☐ RMN
 ☐ T. C. HIPER.
 Outros

EMPRESA CLUBE ITAGUARA Solicitante caral Data 04/03/25

Origem: _____ x _____ x

Nome: Evento CARAVAL ITAGUARA Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

NO

Nº CARTEIRINHA

NA.

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
| km 174291 | km 174346 | km | km | km 174389 |
| | Hora Chegada | Hora Chegada | Hora Chegada | |
| | Hora Saida | Hora Saida | Hora Saida | |
| Hora 04:45A | Visto Origem | Vista Destino | Vista Destino | Hora 23:25 |
| | <u>Rage</u> | | | |

Neurológica
 ☐ Lúcido
 ☐ Orientado
 ☐ consciênte
 ☐ Confuso
 ☐ Comunicativo
 ☐ Não Verbaliza

Pupilas
 ☐ Isocóricas
 ☐ Anisocóricas
 ☐ Midriátrica
 ☐ Miotica
 ☐ D ou E
 ☐ É Maior

Respiratória
 ☐ Eupnéico
 ☐ Taquipnéico
 ☐ Bradipnéico
 ☐ Dispneico
 ☐ Apneia

Circulatório
 ☐ Normocárdico
 ☐ Tarquicárdico
 ☐ Bradicárdico
 ☐ 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 |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular

- ☐ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incomprêncivas 2
☐ Nenhuma 1

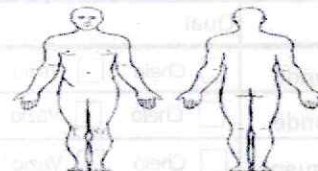
Resposta Motora

- ☐ Obcede 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

Sem Intercorências

Materiais Utilizados

REFEIÇÃO

| 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 | | |
| | 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

Enfermagem Responsável

Em Santana

Data

04/02/25

Condutor Socorrista

Lucas H

Data

04/03/25