

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros	TORAX
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA	<u>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</u>	Solicitante	<u>NIR</u>	Data	<u>20.01.25</u>
Origem:	<u>S. C. APARECIDA</u>	<u>x H.R.V.P.</u>		<u>x S.C. APARECIDA</u>	

Nome:	<u>MATHEUS DE SANJANA MACEDO</u>	Idade	<u>—</u>	Contato:	<u>—</u>
--------------	----------------------------------	--------------	----------	-----------------	----------

Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<u>—</u>	<input type="checkbox"/> Feminino	<u>—</u>
-------------	---	----------	-----------------------------------	----------

SUS / CONVENIO	Nº CARTEIRINHA	<u>—</u>
-----------------------	-----------------------	----------

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>64635.</u>	km <u>64660.</u>	km	km	km
Hora <u>16:35</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
--------------------	---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôrica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
----------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Apréia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes	<input type="checkbox"/> Biot	<input type="checkbox"/> Kussmaul
---------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritítmico	<input type="checkbox"/> Arrítmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Brasisfagmia	<input type="checkbox"/> Filiforme
---------------------	---	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
----------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

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	Hgt

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

Observações Médicas / Enfermeiros

canculado no TRA SETO PÓLO cliente

Materiais Utilizados

E.M. 17.15

REALVIDAS

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável		
Luis Brie de Almeida		
Médico		
CRM 19744		
Data	/	/

Enfermagem Responsável		
Carola		
Data	/	/

Condutor Socorrista		
Carola		
Data	/	/