

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

☒ BÁSICA   ☐ 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   ☐ T. C. HIPER.   Outros  
☐ GTT   ☐ TQT /TQM   ☐ US   ☐ RMN

EMPRESA P. Pado   Solicitante Ricardo Flores   Data 27/09/24

Origem: Rislaugati Bar Edmundo

Nome: FESTIVAL PRIMAVERA   Idade   Contato:

Sexo   ☐ Masculino   ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>1368.29</u>	km <u>1368.51</u>	km	km	km <u>1368.71</u>
	Hora Chegada <u>18:25</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>00:00</u>	Hora Saída	Hora Saída	
Hora <u>17:30</u>	Visto Origem <u>trader</u>	Vista Destino	Vista Destino	Hora <u>00:51</u>

Neurológica   ☐ Lúcido   ☐ Orientado   ☐ Conciente   ☐ Desorientado   ☐ Inconsciente

Pupilas   ☐ Isocóricas   ☐ Anisocórica   ☐ Midrítrica   ☐ Miotica   ☐ D ou E   ☐ É Maior

Respiratória   ☐ Eupnéico   ☐ Taquicardia   ☐ Braquicardia   ☐ Apnéia   ☐ Cheyne Stokes   ☐ Biot   ☐ Kussmaul

Circulatório   ☐ Pulso normocardiaco   ☐ Ritimico   ☐ Arritmico   ☐ Dicrotico   ☐ Taquisfmgia   ☐ Brasisfmgia   ☐ Filiforme

Abdomem   ☐ Plano   ☐ Globoso   ☐ Protuberante   ☐ Escavado   ☐ Flácido   ☐ Em Avental

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 Incompreêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

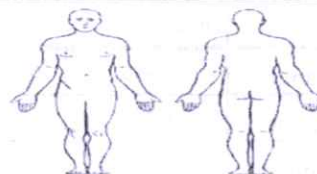
### Resposta Motora

- ☐ 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 Ricardo Flores

assinatura

RG/CPF 110.895.458-44

Ricardo Flores

# Observações Médicas / Enfermeiros

sem testes cardíacos

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		Qual	Refeição / Lanche		Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima Faria  
Técnica Enfermagem  
COREN-SP 439793

Data

Conductor Socorrista

Data