

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

EMPRESA Prefeitura de pindo Solicitante Tatiana Data 15/09/24

Origem: Comps ferreiros x x

Nome: Idade Contato:

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
136323	136325			
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
07:25	07:40			13:15
	13:05			
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconciente

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

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

Circulatório ☐ Pulso normocadiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfgmia ☐ Brasisfgmia ☐ 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 Incomprêncivas 2
☐ Nenhuma 1

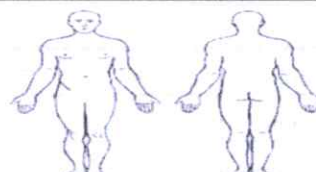
Resposta Motora

- ☐ Obdece 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

07:25 - Saída do base para o futebol no campo ferroviário - 07:40 -
chegada ao evento no campo ferroviário 13:05 - Saída do evento
no campo do ferroviário 13:15 - chegada a base

Materiais Utilizados

Pedagios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	120	
	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

Antônio Antunes Gonzaga
Enfermeiro
CREN-SP 001.806.996

Data

Condutor Socorrista

Rafael

Data

15/09/24