

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<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 checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input 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**  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TQT / TQM  US  RMN  T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Roland Solicitante Gustavo Data 24/08

Origem: Jequi māo. x

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO

## Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>159463</u>	km	km	km
<u>159433</u>	Hora Chegada <u>07:44</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>159485</u>
Hora <u>07:13</u>	Hora Saída <u>12:30</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>07:13</u>	Vista Destino	Vista Destino	<u>13:05 h</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnêico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

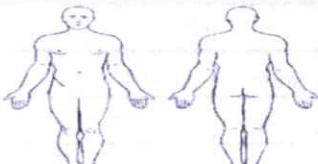
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	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									



## 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

07:45: Chegada da ambulância em campo, uniforme e delegado que fiz o reconhecimento da equipe e ambulância.  
 10:00h Início de jogo;  
 11:45. Fim do jogo; aguardando o tempo de espera  
 ate 12:20.  
 12:30 Saida da competição.

- \* Médica: Lívia Melo
- \* Enfermeira: Ana Julia
- Enfermeiro: Nancielle R. Souza
- \* Condutor: Rafael

## Materiais Utilizados

**REAL VIDAS**

Pedágios	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	140
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input checked="" type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	0
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input checked="" type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	0
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Dra. Lívia Melo - Medicina
Médico Responsável
Médica
CRM-SM 2582593
Data 24/08/24

Enfermeira - Socorro
Enfermeira Responsável
Enfermeira
COREN-SP 760299
Data 24/08/24

Condutor Socorrista
Rafael
Data 24/08/24