

Ficha de Acompanhamento										OS																																									
										VTR 798																																									
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA <input 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"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> SIV - INT																																																			
Tipos de Exames <input checked="" type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. Outros <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> TQT /TQM <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RMN																																																			
EMPRESA <u>ROLAND</u> Solicitante <u>Gustavo</u> Data <u>21/06/2024</u>																																																			
Origem: <u>CAMPEONATO FUTEBOL</u> x <u>CAMPO FERROVIÁRIA</u> x																																																			
Nome: <u>FUTEBOL FEMININO</u> Idade Contato:																																																			
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino																																																			
SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA																																																			
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base																																											
km		km <u>45766</u>		km		km		km																																											
<u>45763</u>		Hora Chegada <u>12:57</u>		Hora Chegada		Hora Chegada		<u>45769</u>																																											
Hora		Hora Saída <u>17:10</u>		Hora Saída		Hora Saída		Hora																																											
<u>12:30</u>		Visto Origem <u>[assinatura]</u>		Vista Destino		Vista Destino		<u>17h25</u>																																											
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"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocórica <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior																																																			
Respiratória <input type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul																																																			
Circulatório <input type="checkbox"/> Pulso normocardiaco <input type="checkbox"/> Ritímico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasisfmgia <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																																									
Abertura ocular			Resposta Verbal				Resposta Motora																																												
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1			<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêensivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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																																																			
<table><tr><td></td><td>Cab</td><td>Pesc</td><td>T Ant</td><td>Tpos</td><td>Perin</td><td>Msd</td><td>Mse</td><td>Mid</td><td>Mie</td></tr><tr><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>II</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>III</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie	I										II										III									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	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

Rodolfo Roberto Fernandes

292.868.468-94

REALIZADO EVENTO DE CAMPEONATO FUTEBOL FEMININO NO CAMPO DA FERROVIÁRIA, INFORMO QUE O EVENTO FOI REALIZADO COM SUCESSO E SEM APRESENTAR ANOMALIAS E SEM INTERCORRENCIAS, INFORMO QUE UTR ENCONTRA-SE SEM ALTERAÇÃO.

Wellington G. Ap. de Oliveira
COREN-SP 932443-AE

Materiais Utilizados

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

Wellington G. Ap. de Oliveira
COREN-SP 932443-AE
Data 21/06/24

Conductor Socorrista

Wes Fernando
Data 21/06/24