

Ficha de Acompanhamento

OS: 1526  
VTR: 520 - DUCATO

☒ BÁSICA  
☐ APH

☐ EXAMES  
☐ TRASF. HOSPITALAR

☐ UTI ADULTO  
☐ ALTA HOSPITALAR

☐ UTI NEO  
☐ INTERNAÇÃO

☒ EVENTOS  
☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

Tipos de Exames

☐ CATE  
☐ GTT

☐ TOMO  
☐ TQT /TQM

☐ RX  
☐ US

☐ CPRS  
☐ RMN

☐ PET SCAM  
☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: ROLAND AMBULANCIAS

Solicitante: RONALDO

Data: 14/05/2025

Origem: CAMPO - ESTÁDIO MUNICIPAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X

X

Nome: FUTEBOL FEMENINO

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS/CONVENIO: NA

NºCARTEIRINHA: NA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 141800	Km: 141806	Km:	Km:	Km: 141832
	Hora Chegada: 13:00	Hora Chegada:	Hora Chegada:	
Hora: 12:30	Hora Saída: 18:25	Hora Saída:	Hora Saída:	Hora: 19:10
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica

☐ Lúcido☐ Orientado☐ Consciente☐ Confuso☐ Comunicativo☐ Não Verbaliza

Pupilas

☐ Isocóricas☐ Anisocorica☐ Midriátrica☐ Miotica☐ D ou E☐ É Maior

Respiratória

☐ Eupnéico☐ Taquipneico☐ Bradipneico☐ Dispneico☐ Apneia

Circulatório

☐ Normocárdico☐ Tarquicardico☐ Bradicardico☐ Filiforme

Abdomem

☐ Plano☐ Globoso☐ Escavado☐ Flácido☐ Em Avental☐ Gravidico

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 Impróórias 3☐ Palavras Incomprêencivas 2

Resposta Motora:

☐ Obdece comandos 6☐ Localiza Dor 5☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3☐ Extensão Anormal 2☐ Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
TRAUMA	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

RG/CPF

Assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros



## Materiais Utilizados

# REALVIDAS

Pedagios		Outros:			Refeição / Lanche		Sim	x	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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou			

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	PRISCILA ALVES DOS SANTOS - TEC. TAUBATÉ Coren/ 1143008	<small>LUCAS MONTEIRO</small>
	Data ____/____/____	LUCAS HENRIQUE DE LIMA MONTEIRO CNH/ 01
		Data ____/____/____