

Ficha de Acompanhamento

OS: 1785  
VTR:

☒ 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: Evento futebol

Data: 27/09/2025

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

X

X

Nome: Na

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

SUS/CONVENIO: Na

NºCARTEIRINHA: Na

| Saída Base  | Origem              | Destino        | Destino        | Chegada Base |
|-------------|---------------------|----------------|----------------|--------------|
| Km: 91052   | Km: 91075           | Km:            | Km:            | Km: 91100    |
|             | Hora Chegada: 12:30 | Hora Chegada:  | Hora Chegada:  |              |
| Hora: 12:00 | Hora Saída: 17:20   | Hora Saída:    | Hora Saída:    | Hora: 18:00  |
|             | 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

☐ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☐ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Improórias 3

☐ Palavras Incompreêncivas 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 |
|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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

Evento de futebol sem intercorrências. Enfermagem Cristiane Condutor carlos



# REALVIDAS

### Materiais Utilizados

| Pedagios |              | Outros:                        |                                |                                 | Refeição / Lanche |                      | Sim | 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   | Condutor Socorrista   |
| Data ____/____/____ | CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS<br>Coren/ 1027956<br>Data ____/____/____ | LUIS FERNANDO MONTEIRO<br>CNH/ 01788036010<br>Data ____/____/____ |