

Ficha de Acompanhamento										OS: 1745			
										VTR: 318 - SPRINTER			
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES		<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR				
<input type="checkbox"/> APH	<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		<input type="checkbox"/> SIV - INT						
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:						
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER							
Empresa: ROLAND AMBULANCIAS										Solicitante: GUSTAVO		Data: 30/08/2025	
Origem: CAMPO - FERROVIARIA - pindamonhangaba - PINDAMONHANGABA SP										X		X	
Nome: FUBEBOL FEMENINO PINDA										Idade: 0 anos		Contato:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino										<input type="checkbox"/> Feminino			
SUS/CONVENIO: NA										NºCARTEIRINHA: NA			
Saída Base		Origem			Destino		Destino		Chegada Base				
Km: 190015		Km: 198842			Km:		Km:		Km: 198842				
Hora: 06:40		Hora Chegada: 18:14			Hora Chegada:		Hora Chegada:						
		Hora Saída: 18:14			Hora Saída:		Hora Saída:		Hora: 12:00				
		Visto Origem:			Visto Destino:		Visto Destino:						
Neurológica		<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza						
Pupilas		<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior						
Respiratória		<input type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia							
Circulatório		<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme								
Abdomem		<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico						
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			
										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"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5					
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3					
								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2					
								<input type="checkbox"/> Nenhuma					
T R A U M A	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


FUTEBOL FEMENINO DE PINDA SEM INTERCORRENCIAS



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
GIOVANA ZAMBONI MOREIRA CRM/ 273.790	ERIKA DOS SANTOS FONSECA Coren/ 691032	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
		Data ____/____/____