

Ficha de Acompanhamento

OS: 1613
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: Ronaldo

Data: 14/06/2025

Origem: PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA | SP

X

X

Nome: Treinamento juízes

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS/CONVENIO: Na

NºCARTEIRINHA: Na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 185102	Km: 185119	Km:	Km:	Km: 185119
	Hora Chegada: 07:46	Hora Chegada:	Hora Chegada:	
Hora: 07:00	Hora Saída: 17:46	Hora Saída:	Hora Saída:	Hora: 18:46
	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 Imprórias 3
☐ Palavras Incomprêncivas 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
TRAUM A	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



COBERTURA TREINO DA FEDERAÇÃO PAULISTA DE FUTEBOL



Materiais Utilizados

REALVIDAS

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 ____/____/____		 DANIELA DE OLIVEIRA MONTTOANI Coren/ 698661	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
		Data ____/____/____	Data ____/____/____