

Ficha de Acompanhamento							OS: 1798												
							VTR: 520 - DUCATO												
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA		<input type="checkbox"/> EXAMES		<input 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"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER									
Outro:																			
Empresa: ROLAND AMBULANCIAS				Solicitante: guilherme				Data: 11/10/2025											
Origem: CAMPO - ESTADIO MARTINS PEREIRA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP				X				X											
Nome: futebol 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: 144230		Km: 144293			Km:			Km:			Km: 144354								
Hora: 12:00		Hora Chegada: 13:33			Hora Chegada:			Hora Chegada:			Hora: 18:00								
		Hora Saída: 17:00			Hora Saída:			Hora Saída:											
		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"/> Flexão Anormal 3							
<input type="checkbox"/> A dor 2		<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5						<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2							
<input type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4						<input type="checkbox"/> Nenhuma							
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2																	
T R A U M A	Descrição	Crâ		Face		Col		Tór		Bac		Msd		Mse		Mid		Mie	
	Escoriação																		
	Cont																		
	Ferim																		
	Luxa																		
	Frat																		
	Lace																		
Secç																			
QUEIMADURAS																			
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

jogo futebol feminino



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

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
	ACSilva	
Data ____/____/____	ALESSANDRA CRISTINA DA SILVA Coren/ 454941	JOAO CECILIATO NETO CNH/ 02752333332
	Data ____/____/____	Data ____/____/____