

Ficha de Acompanhamento							OS: 1744												
							VTR: 798 - JUMPER												
<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: GABRIEL			Data: 30/08/2025									
Origem: CAMPO - FERROVIARIA - pindamonhangaba - PINDAMONHANGABA SP							X			X									
Nome: FUTEBOL FEMENINO							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: 89938		Km: 89940			Km:			Km:			Km: 89940								
		Hora Chegada: 11:46			Hora Chegada:			Hora Chegada:											
Hora: 07:35		Hora Saída: 11:46			Hora Saída:			Hora Saída:			Hora: 12:30								
		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									<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																	
TRAUMA	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 FEMENINO PINDA SEM INTERCORRENCIAS



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	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	ADRIANO DE OLIVEIRA CNH/ 04165115514 Data ____/____/____