

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1785

VTR:

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
---	--	--	--	--	-------------------------------------

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> 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      N°CARTEIRINHA: Na

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

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

Abdômem  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 Improórias 3  
Palavras Incomprêencivas 2

### Resposta Motoria:

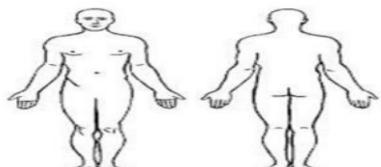
Obdece comandos 6  
Localiza Dor 5  
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3  
Extensão Anormal 2  
Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T	Escoriação									
R	Cont									
A	Ferim									
U	Luxa									
M	Frat									
A	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

Evento de futebol sem intercorrências. Enfermagem Cristiane Condutor carlos



## Materiais Utilizados

# REALVIDAS

Pedágios	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
	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	LUIS FERNANDO MONTEIRO CNH/ 01788036010
Data ___/___/___	Data ___/___/___	Data ___/___/___