

Ficha de Acompanhamento

OS: 1793
VTR: 318 - SPRINTER

<input type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input checked="" 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: GUILHERME
Data: 04/10/2025
Origem: CAMPO - CENTRO ESPORTIVO - JOAO DO PULO - SJC - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X X

Nome: Evento futebol feminino sjc X ituano Idade: 0 anos Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: Na NºCARTEIRINHA: Na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 91570	Km: 91622 Hora Chegada: 13:00	Km: Hora Chegada:	Km: Hora Chegada:	Km: 91674
Hora: 12:00	Hora Saída: 17:00 Visto Origem:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora: 18:19

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: <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3	Resposta Verbal: <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Motoria: <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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	Assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Evento de futebol feminino sem intercorrências. Condutor Adriano Enfermagem Edson Enfermagem Tamires



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 VICTOR VASCONCELLOS PARDO CRM/ 273972 Data ____ / ____ / ____	Enfermagem Responsável TAMIRES AMERICO DE ARAUJO Coren/ 606985 Data ____ / ____ / ____	Condutor Socorrista ADRIANO DE OLIVEIRA CNH/ 04165115514 Data ____ / ____ / ____
---	---	---