

Ficha de Acompanhamento

OS: 1749
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
APH	TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER	

Empresa: ROLAND AMBULANCIAS
Solicitante: guilherme
Data: 31/08/2025
Origem: CAMPO - ESTADIO MARTINS PEREIRA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X X

Nome: futebol femenino Idade: 0 anos Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: na N°CARTEIRINHA: na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 143566	Km: 143566	Km:	Km:	Km: 143625
Hora: 12:40	Hora Chegada: 13:30 Hora Saída: 17:30 Visto Origem:	Hora Chegada: Hora Saída: Visto Destino:	Hora Chegada: Hora Saída: Visto Destino:	Hora: 18:20

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

Abdômen 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 A dor 2
 voz 3 Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incomprêencivas 2

Resposta Motoria:

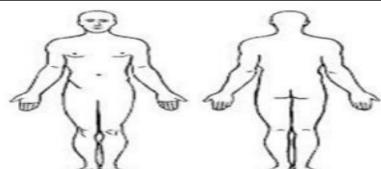
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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

COBERTURA JOGO FUTEBOL SEM INTERFERÊNCIAS



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 <hr/> Data ____/____/____	Enfermagem Responsável <hr/> CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 <hr/> Data ____/____/____	Condutor Socorrista <hr/> <i>Saulo R. Cesan</i> <hr/> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 <hr/> Data ____/____/____
---	--	--