

Ficha de Acompanhamento

OS: 1728
VTR: 520 - DUCATO

☒ BÁSICA

☐ APH

☐ EXAMES

☐ TRASF. HOSPITALAR

☐ UTI ADULTO

☐ ALTA HOSPITALAR

☐ UTI NEO

☐ INTERNAÇÃO

☒ EVENTOS

☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

Tipos de Exames

☐ CATE

☐ GTT

☐ TOMO

☐ TQT /TQM

☐ RX

☐ US

☐ CPRS

☐ RMN

☐ PET SCAM

☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: ROLAND AMBULANCIAS

Solicitante: Gustavo

Data: 20/08/2025

Origem: CAMPO - ESTÁDIO MUNICIPAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X

X

Nome: Futebol feminino

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

SUS/CONVENIO: Na

NºCARTEIRINHA: Na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 143377	Km: 143400	Km:	Km:	Km: 143423
	Hora Chegada: 12:30	Hora Chegada:	Hora Chegada:	
Hora: 12:00	Hora Saída: 16:35	Hora Saída:	Hora Saída:	Hora: 17:35
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

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:

☐ Espontânea 4

☐ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☐ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Improórias 3

☐ Palavras Incompreêncivas 2

Resposta Motora:

☐ 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
Escoriação									
Cont									
Ferim									
Luxa									
Frat									
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

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 ____/____/____	MARCELO MONTEIRO CNH/ 01116518901 Data ____/____/____