

Ficha de Acompanhamento

OS: 1780
VTR:

☒ 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: Evento

Data: 20/09/2025

Origem: CAMPO - FERROVIARIA - pindamonhangaba - PINDAMONHANGABA | SP

X ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA FERROVIÁRIA - PINDAMONHANGABA | SP

X ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA FERROVIÁRIA - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: Na

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

SUS/CONVENIO: Na

NºCARTEIRINHA: Na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 144004	Km: 144007	Km:	Km: 0	Km: 144011
	Hora Chegada: 07:58	Hora Chegada: 00:00	Hora Chegada: 00:00	
Hora: 07:46	Hora Saída: 12:42	Hora Saída: 00:00	Hora Saída: 00:00	Hora: 14:52
	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 Imprórias 3

☐ Palavras Incompreêncivas 2

Resposta Motora:

☐ Obdece comandos 6

☐ Localiza Dor 5

☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3

☐ Extensão Anormal 2

☐ Nenhuma

T R A U M A

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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Evento de futebol sem intercorrências.



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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	LUIS FERNANDO MONTEIRO CNH/ 01788036010 Data ____/____/____