

Ficha de Acompanhamento

OS: 1751  
VTR: 318 - SPRINTER

☐ 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: 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

NºCARTEIRINHA: na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 190957	Km: 190978	Km:	Km:	Km: 191082
	Hora Chegada: 13:06	Hora Chegada:	Hora Chegada:	
Hora: 12:20	Hora Saída: 16:40	Hora Saída:	Hora Saída:	Hora: 17:05
	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 Incomprêencivas 2

Resposta Motora:

☐ Obdece comandos 6

☐ Localiza Dor 5

☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3

☐ Extensão Anormal 2

☐ Nenhuma

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 EM SÃO JOSÉ CAMPOS



## 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	Conductor Socorrista
MATHEUS DA SILVA APOLINARIO CRM/ 273921	EDSON GABRIEL GONÇALVES CONCEIÇÃO Coren/ 798910	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
		Data ____/____/____