

Ficha de Acompanhamento							OS: 1525						
							VTR: 318 - SPRINTER						
<input type="checkbox"/> BÁSICA		<input type="checkbox"/> EXAMES		<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR			
<input type="checkbox"/> APH		<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		<input type="checkbox"/> SIV - INT					
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER			
Outro:													
Empresa: ROLAND AMBULANCIAS				Solicitante: RONALDO				Data: 14/05/2025					
Origem: CAMPO - ESTÁDIO MUNICIPAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP				X				X					
Nome: FUTEBOL FEMENINO				Idade: 0 anos				Contato:					
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino				<input type="checkbox"/> Feminino									
SUS/CONVENIO: N a				NºCARTEIRINHA: N a									
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base		
Km: 180559		Km: 180562			Km:			Km:			Km: 180576		
Hora: 13:15		Hora Chegada: 13:37			Hora Chegada:			Hora Chegada:					
		Hora Saída: 18:25			Hora Saída:			Hora Saída:			Hora: 20:16		
		Visto Origem:			Visto Destino:			Visto Destino:					
Neurológica		<input type="checkbox"/> Lúcido		<input type="checkbox"/> Orientado		<input type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Confuso		<input type="checkbox"/> Comunicativo		<input type="checkbox"/> Não Verbaliza	
Pupilas		<input type="checkbox"/> Isocóricas		<input type="checkbox"/> Anisocorica		<input type="checkbox"/> Midriátrica		<input type="checkbox"/> Miotica		<input type="checkbox"/> D ou E		<input type="checkbox"/> É Maior	
Respiratória		<input type="checkbox"/> Eupnéico		<input type="checkbox"/> Taquipneico		<input type="checkbox"/> Bradipneico		<input type="checkbox"/> Dispneico		<input type="checkbox"/> Apneia			
Circulatório		<input type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Tarquicardico		<input type="checkbox"/> Bradicardico		<input type="checkbox"/> Filiforme					
Abdomem		<input type="checkbox"/> Plano		<input type="checkbox"/> Globoso		<input type="checkbox"/> Escavado		<input type="checkbox"/> Flácido		<input type="checkbox"/> Em Avental		<input type="checkbox"/> Gravidico	
Membros Superior		<input type="checkbox"/> Alterados		<input type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados		<input type="checkbox"/> Não Alterados			
Sinais Vitais													
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP		Sat O2	
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:					
<input type="checkbox"/> Espontânea 4				<input type="checkbox"/> Orientada 5				<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6					
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5					
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3					
								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2					
								<input type="checkbox"/> Nenhuma					
TRAUM 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							Assinatura						
RG/CPF													

## Observações Médicas / Enfermeiros

Enfermeira: Elisângela de Lima Faria ENFERMEIRA POLIANY CARVALHO MEDICA JULIA NEGRINI PAIVA  
Cond Saulo r



### 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

Dra. Júlia Negrine

JULIA NEGRINI PAIVA  
CRM/ 258339

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

POLIANNY CARVALHO - ENF  
Coren/ 421796

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conductor Socorrista

*Saulo RDCesar*

SAULO RICARDO DOMINONE CESAR  
CNH/ 047.907.749-35

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_