

Ficha de Acompanhamento

OS: 1781

VTR:

<input type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: ROLAND AMBULANCIAS

Solicitante: Evento futebol

Data: 20/09/2025

Origem: ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA FERROVIÁRIA - X CAMPO - FERROVIARIA - pindamonhangaba -
PINDAMONHANGABA | SP X CAMPO - FERROVIARIA - pindamonhangaba -
PINDAMONHANGABA | SP

Nome: Na Idade: 0 anos Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: Na NºCARTEIRINHA: Na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 192729	Km: 192752	Km: 192771	Km: 192771	Km: 192771
Hora: 07:09	Hora Chegada: 07:58	Hora Chegada: 12:42	Hora Chegada: 12:42	Hora: 12:33
	Hora Saída: 12:42	Hora Saída: 13:33	Hora Saída: 13:33	
	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

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 Incompréhencivas 2

Resposta Motoria:

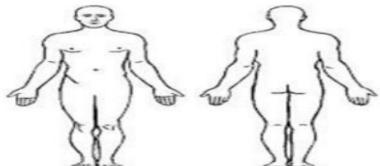
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 Nenhuma

T	R	A	U	M	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
Escrariação														
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 sem intercorrências



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 MARIA ISABELA DE MORAIS CRM/ 273898 Data ____ / ____ / ____	Enfermagem Responsável ERIKA DOS SANTOS FONSECA Coren/ 691032 Data ____ / ____ / ____	Condutor Socorrista ADRIANO DE OLIVEIRA CNH/ 04165115514 Data ____ / ____ / ____
---	--	---