

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1700  
VTR: 798 - JUMPER

<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
APH	TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT	

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: Gustavo  
Data: 02/08/2025  
Origem: CAMPO - ESTÁDIO MUNICIPAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP X X

Nome: Futebol Idade: 0 anos Contato:  
Sexo:  Masculino  Feminino  
SUS/CONVENIO: Na N°CARTEIRINHA: Na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 88475	Km: 88505 Hora Chegada: 09:30	Km: Hora Chegada:	Km: Hora Chegada:	Km: 88530
Hora: 08:30	Hora Saída: 13:30 Visto Origem:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora: 13:44

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:  <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3	Resposta Verbal:  <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Motoria:  <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma
---	--	--	--	--

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T	Escoriação									
R	Cont									
A	Ferim									
U	Luxa									
M	Frat									
A	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

UTI sem INTERCORRENCIAS



## Materiais Utilizados

Victor Poliana, Mauro, Carlos

# 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
	ANGELITA CORRÉA GONÇALVES Coren/ 46252	LUIS FERNANDO MONTEIRO CNH/ 01788036010
Data ___/___/___	Data ___/___/___	Data ___/___/___