

Ficha de Acompanhamento

OS: 1745
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
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: 30/08/2025
Origem: CAMPO - FERROVIARIA - pindamonhangaba - PINDAMONHANGABA | SP X X

Nome: FUBEBOL FEMENINO PINDA Idade: 0 anos Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: NA NºCARTEIRINHA: NA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 190015	Km: 198842 Hora Chegada: 18:14	Km: Hora Chegada:	Km: Hora Chegada:	Km: 198842
Hora: 06:40	Hora Saída: 18:14 Visto Origem:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora Saída: Visto Destino:	Hora: 12:00

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

FUTEBOL FEMENINO DE PINDA SEM INTERCORRENCIAS



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 GIOVANA ZAMBONI MOREIRA CRM/ 273.790 Data ____ / ____ / ____	Enfermagem Responsável ERIKA DOS SANTOS FONSECA Coren/ 691032 Data ____ / ____ / ____	Condutor Socorrista SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____ / ____ / ____
--	--	---