

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros	Doppler constidolar
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA H.CERF. Solicitante C.VAGAS. Data 30.12.24
Origem: H.CEPOLY x H.FIOCI.GACI x H.CERF.

Nome: HELENA DE CASTRO RODRIGUES Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED FES?

Nº CARTEIRINHA 0970 0026 000 3169 74

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>169681</u>	km	<u>169.720</u>	km <u>16922</u>	km <u>169761</u>
Hora <u>15:27.</u>	Hora Chegada <u>169717</u> Hora Saida <u>16:45</u>	Hora Chegada <u>16:58</u> Hora Saida <u>18:30</u>	Hora Chegada <u>17:50</u> Hora Saida <u>19:00</u>	Hora <u>19:55</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Bradiacardia Apréia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfemia Brasisfemia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>1302</u>	<u>130x08</u>	<u>70</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36.5</u>	<u>97</u>	<u>95</u>

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

Resposta Motoria

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- Nenhuma

TRAUMA

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 ambulância 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 Thais Regina Amanda Releme de Castro Rodrigues
RG/CPF 291742598-90

assinatura Thais Rodrigues

Observações Médicas / Enfermeiros

16:45h; Admito paciente com Hx: AVC na Hospital CEPOL para exame de carótida no hospital Frei Galvão. Paciente Glasgow 15, iparestesia (E) de membros superiores e inferiores, Hx de AVC, com puerco de Isentifícōes, acompanhado pelo filha Thais Rodrigues; Paciente acamado, sem intercorrência no transporte do paciente. Deixo paciente no hospital aos cuidados do Enfermeiro Bruno Ferrari

Karen da Silva Ferraz
COREN-SP 820489-ENF

Motório médico: informo que acompanhei paciente Helene para Hospital Frei Galvão para exame de doppler de carótida. Exame foi cancelado devido impossibilidade técnica, com possível quadro de fibrilação atrial. Deixo relatório da médica radiologista responsável em mãos de enfermeiro Bruno (cepel). Caros amigos.

Dra. Maria Célia M. Bustamante
CRM 264912/SP

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Qual	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. Maria Célia M. Bustamante
CRM 264912/SP

Data 30/12/24

Enfermeiro Responsável
Karen da Silva Ferraz
COREN-SP 820489-ENF

Data 30/12/24

Condutor Socorrista

Rodrigo L.

Data 30/12/24

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT**

2- N° Guia no Prestador

3 - Número da Guia Principal								
4 - Autorização	5 - Símbolo							
5 - Data de Validade da Senha	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	8 - Nome Social							
8 - Nome Social	9 - Validade da Carteira							
9 - Validade da Carteira	10 - Nome do Contratado							
10 - Nome do Contratado	11 - Número do Profissional Solicitante							
11 - Número do Profissional Solicitante	12 - Atendimento à RN							
12 - Atendimento à RN	13 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)							
13 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	14 - Descrição							
14 - Descrição	15 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
15 - Motivo de Encerramento do Atendimento	16 - Conselho Profissional							
16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho							
17 - Número no Conselho	18 - UF							
18 - UF	19 - Código CBO							
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante							
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Descrição							
21 - Descrição	22 - Data da Solicitação							
22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica							
23 - Indicação Clínica	24 - Nome do Profissional Executante							
24 - Nome do Profissional Executante	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial							
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição							
26 - Descrição	27 - Data de Solic.							
27 - Data de Solic.	28 - Díte. Aut.							
28 - Díte. Aut.	29 - Indicador de Cobertura Especial							
29 - Indicador de Cobertura Especial	30 - Nome do Contratado							
30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES							
31 - Código CNES	32 - Descrição							
32 - Descrição	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)							
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta							
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de atendimento							
36 - Regime de atendimento	37 - Hora Início							
37 - Hora Início	38 - Hora Final							
38 - Hora Final	39 - Tabata							
39 - Tabata	40 - Código do Procedimento							
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição							
41 - Descrição	42 - Orde.							
42 - Orde.	43 - Vias							
43 - Vias	44 - Tec.							
44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.							
45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)							
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)							
47 - Valor Total (R\$)	48 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF							
48 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional							
51 - Nome do Profissional	52 - Número no Conselho Profissional							
52 - Número no Conselho Profissional	53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - UF							
54 - UF	55 - Código CBO							
55 - Código CBO	56 - Total de Materiais (R\$)							
56 - Total de Materiais (R\$)	57 - Total de OPME (R\$)							
57 - Total de OPME (R\$)	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Total de Gases Medicinais (R\$)							
59 - Total de Gases Medicinais (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguis (R\$)							
60 - Total de Taxas e Aluguis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)							
61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)							
62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)							
63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)							
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)							
65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado							
66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Responsável							
67 - Assinatura do Responsável	68 - Assinatura do Contratado							