

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input checked="" type="checkbox"/> BASICA	<input 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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input checked="" type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM		
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOT/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros	

EMPRESA ROMED Solicitante C-VA (ad) Data 15/02/25

Origem: Policlínica de Cambuí x SJC

Nome: Noah Felipe Bratelli Andrade Idade 8M Contato: 12991471669

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Biodex

Nº CARTEIRINHA 770373022543026

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>173395</u>	km <u>173418</u>	km <u>173461</u>	km <u>173503</u>	km <u>173527</u>
Hora <u>19:30</u>	Hora Chegada <u>20:23</u>	Hora Chegada <u>21:28</u>	Hora Chegada <u>23:05</u>	Hora <u>23:50</u>

Neurológica Lúcido Orientado consciênte Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnético Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

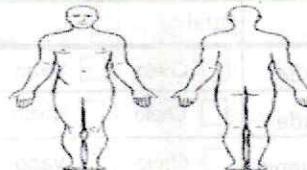
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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



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 <u>Thiago Alisson Paporazi</u>	assinatura
RG/CPF <u>3367898917</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente levado ao Hospital Bélgica de Biritiba para exame de TC de cérebro, que queda da propriedade particular de um cunhado de Biritiba, cuja idade é de 15, moradora AVP e MSE seu Kelly Hekis de Oliveira Santos
 Medicamentos: _____
 Receptor: exame em anestesia — Kelly Hekis de Oliveira Santos
 COREN-SP 828403-ENF

Rey H

Kelly Hekis de Oliveira Santos
 COREN-SP 828403-ENF

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Kelly Hekis de Oliveira Santos
Rey H
 COREN-SP 828403-ENF

Data 15/02/25

Condutor Socorrista

Leidis Fernandes

Data 15/02/25

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/
SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO
E TERAPIA - SP/SADT**

2 - N.º Guia no Prestador

464381792

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha									
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social									
10 - Nome	Ana Lucia Frizarin Souza										
Dados do Solicitante		12 - Atendimento a RN									
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado										
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho									
18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solidarizado									
Dados da Solicitud/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solticados											
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitud	23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	<i>ambulatório Simple</i>	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.						
1-1	1-1	1-1									
2-1	2-1	2-1									
3-1	3-1	3-1									
4-1	4-1	4-1									
5-1	5-1	5-1									
Dados do Contratado Executante			31 - Código CNES								
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado			31 - Código CNES							
Dados do Atendimento											
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional						
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1
3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1
4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1
5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO				
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1				
2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1				
3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1				
4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1				
5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	13 -	15 -	17 -	19 -							
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1							
2-1	2-1	2-1	2-1	2-1							
3-1	3-1	3-1	3-1	3-1							
4-1	4-1	4-1	4-1	4-1							
5-1	5-1	5-1	5-1	5-1							
58 - Observações/Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)					
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1					
2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1	2-1					
3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1	3-1					
4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1	4-1					
5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1	5-1					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						68 - Assinatura do Contratado					