

Ficha de Acompanhamento

105

VT

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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT				
Tipos de Exames				Outros						
<input type="checkbox"/> CATE		<input type="checkbox"/> TOMO		<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> PET SCAM					
<input type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TQT / TQM		<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.				
EMPRESA <u>H. cejbf.</u> Solicitante <u>c. Jafas.</u> Data <u>24/07/2024</u>										
Origem: <u>CEPOG</u> x <u>Policlin. 55C.</u> x <u>H. 00168.</u>										
Nome: <u>Paulo Santos Klimkefuss</u> Idade <u>94</u> Contato:										
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino										
SUS / CONVENIO <u>1111MED</u>										
Saída Base		Origem	Destino	Destino	Chegada Base					
km <u>157472</u>		km <u>157507</u>	km <u>157594</u>	km <u>157595</u>	km <u>157721</u>					
Hora <u>11:30</u>		Hora Chegada <u>12:06</u>	Hora Chegada <u>13:33</u>	Hora Chegada <u>16:00</u>						
		Hora Saída <u>12:22</u>	Hora Saída <u>16:30</u>	Hora Saída <u>18:10</u>	Hora <u>18:31</u>					
		Visto Origem <u>Claudineia Alves Batieiro</u> <u>Quadilene SP 306.688-ENF</u> <u>Claudineia</u>	Vista Destino <u>José</u>	Vista Destino <u>Claudineia</u>						
Neurológica <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente										
Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Midriátrica <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior										
Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradiacardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul										
Circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocadiaco <input type="checkbox"/> Ritimico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filiforme										
Abdomem <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental										
Membros Superior <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados				Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados						
Sinais Vitais										
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt			
<u>12:25</u>	<u>121x62</u>	<u>76</u>		<u>15</u>		<u>95</u>				
<u>16:20</u>	<u>108x51</u>	<u>62</u>		<u>14</u>		<u>89</u>				
Abertura ocular		Resposta Verbal				Resposta Motora				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input checked="" 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				
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 <u>Anna Paule Klimkefuss</u> assinatura <u>R.F.</u> RG/CPF <u>09156296827</u>										

Observações Médicas / Enfermeiros

16:22 - Posicione e monitorize paciente ambulância, paciente orientado, colmo, mantendo AVP em M50 isolizado, parâmetros estáveis. Sem intercorrências no trajeto. 16:25 Posicione e monitorize paciente o mesmo sentado 98%, instale cateter de O2 tipo óculos a 2L/min conforme orientação do dentista Maria Letícia, mantendo cateter até o destino, sem intercorrências no trajeto.

Materiais Utilizados

- 1 - Extensor
1 - Cateter O2 tipo óculos adulto

Pedágios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	150
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	70 - 25
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	60
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável	
Dra. Maria Letícia Palmeira	CRM-SP 252431
Data 24/07/24	

Enfermagem Responsável	
Ana Júlia de Souza Rocha	
Enfermeira	
CRM-SP 260299	
Data 24/07/24	

Condutor Socorrista	
Rafael	
Data 24/07/24	

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

2 - Nº Guia no Prestador

0004392791

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
3 5 5 5 7	5-Sentha
4 - Data da Autorização	6 - Data de Validade da Senha
24/07/2024	11/22/09/2024

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

PAULO SANTOS KLINKERFUSS

11 - Cartão Nacional de Saúde

7 0 4 5 0 6 3 4 1 1 4 7 5 1 4

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
0 2 0 , 9 9 9 9 9 9 9 7 1 9	PRESTADOR NAO COOPERADO

Dados do Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

123

18 - UF

35

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendente	22 - Data de Solicitação
24/07/2024	23 - Indicação Clínica

FEBRE PERSISTENTE LESAO DENTARIA I33

24-Tabela

25 - Código do Procedimento

ou Item Assistencial

26 - Descrição

18 6 0 0 2 0 8 8 1 REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO COM MEDICO E ENFERMAGEM PARA SADT INTERMUNICIPAL POR KM

13 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
9	1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento

41-Descrição

42 - Onde,

43-Via 44-Tec. 45- Fator Red./Acresc.

46-Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)

1 0 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

14 - Nome do Contratado	30 - Nome do Contratado
14 - Código na Operadora	PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA

Dados do Atendimento

31 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Motivo de Encerramento do Atendimento

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento

41-Descrição

42 - Onde,

43-Via 44-Tec. 45- Fator Red./Acresc.

46-Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)

1 0 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 0 , 0 0

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
3 5 5 5 7	5-Sentha
4 - Data da Autorização	6 - Data de Validade da Senha
24/07/2024	11/22/09/2024

Dados do Operadora

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

0 0 0 4 3 9 2 7 9 1

<div data-bbox="555 19, 580 19</div>
<div data-bbox="580 19, 6