

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☐ EXAMES ☒ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

**Tipos de Exames** ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA H. C. 208. Solicitante C. Vagas. Data 24.09.24

Origem: H. C. 208. x x

Nome: Yasmin Gabriely Soares da Silva Idade 42 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

0020563400008009

| Saída Base       | Origem  | Destino  | Destino         | Chegada Base |
|------------------|---|--|-----------------|--------------|
| km <u>54452</u>  | km <u>54489</u>   | km <u>54559</u>  | km <u>54644</u> | km           |
|                  | Hora Chegada <u>9:00</u>  | Hora Chegada <u>10:25</u>  | Hora Chegada    |              |
|                  | Hora Saída <u>9:15</u>  | Hora Saída <u>10:54</u>  | Hora Saída      |              |
| Hora <u>8:30</u> | Vista Origem <u>Atendimento em Santos Almour</u><br><u>COREN-SP 117159</u><br><u>Enfermeira</u> | Vista Destino <u>Silviane Almeida</u><br><u>Enfermeira</u><br><u>COREN-SP 760965</u> | Vista Destino   | Hora         |

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocadiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ 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>130x90</u> | <u>100</u> | <u>12</u> | <u>15</u> | <u>-</u> | <u>-</u> | <u>-</u> |
|      |               |            |           |           |          |          |          |
|      |               |            |           |           |          |          |          |

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incomprêensivas 2  
☐ Nenhuma 1

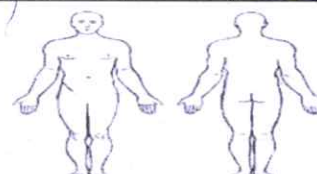
## Resposta Motora

- ☐ Obedece 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 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 Yasmin Gabriely Soares da Silva

assinatura Yasmin

RG/CPF 551.333.508-97



## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente lucida em an. al. abd. dolor. fez  
Cirurgia Bariátrica dia 06/09 no Hosp.  
Sts. Dumond. Retorno p/ Hosp. S. J. Capes. para  
análises de Dr. Roberto Kiko. Sando do H. Capes  
Quem S. J. Capes -  
Obs. fr. uso de Atitudes Especiais  
em 48 dias de cirurgia paciente de internação

Elisângela de Lima Faria  
Técnica Enfermagem  
COREN-SP 439793

Silviane Almeida Casimiro  
Enfermeira  
COREN-SP 76963

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

| Pedágios |              | Qual  | Refeição / Lanche   |  | Sim | Não |
|----------|--------------|---|---------------------|--|-----|-----|
| Oxigênio | 01 - Grande  | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quanto Bar Utilizou |  |     |     |
|          | 02 - Grande  | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quanto Bar Utilizou |  |     |     |
|          | 03 - Pequeno | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quanto Bar Utilizou |  |     |     |
|          | 04 - Pequeno | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quanto Bar Utilizou |  |     |     |

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima Faria  
Técnica Enfermagem  
COREN-SP 439793

Data

24/09/24

Condutor Socorrista

Carlos

Data

24/09/24



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

2- Nº Guia no Prestador

3697575

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 1 - Registro ANS                                  |  | 3 - Número da Guia Principal                                |  |
| 4 - Data da Autorização                           |  | 5 - Senha   |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                     |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                 |  |
| 8 - Número da Carteira                            |  | 9 - Validade da Carteira                                    |  |
| 10 - Nome do Beneficiário                         |  | 11 - Nome Social  |  |
| 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 Solicitante       |  | 21 - Assinatura do Profissional Solicitante                 |  |
| 22 - Data da Solicitação                          |  | 23 - Indicação Clínica                                      |  |
| 24 - Tabela                                       |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial            |  |
| 26 - Descrição                                    |  | 27 - Qtd. Solic.  |  |
| 28 - Qtd. Aut.                                    |  | 29 - Indicador de Cobertura Especial                        |  |
| 30 - Nome do Contratado                           |  | 31 - Código CNES  |  |
| 32 - Tipo de Atendimento                          |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |  |
| 34 - Tipo de Consulta                             |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |
| 36 - Data   |  | 37 - Hora Inicial   |  |
| 38 - Hora Final                                   |  | 39 - Tabela   |  |
| 40 - Código do Procedimento                       |  | 41 - Descrição  |  |
| 42 - Qtd.   |  | 43 - Via  |  |
| 44 - Tec.   |  | 45 - Fator Red./Acresc.                                     |  |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                         |  | 47 - Valor Total (R\$)                                      |  |
| 48 - Seq. Ref. 48-Grau Part.                      |  | 49 - Código na Operadora/CPF                                |  |
| 50 - Nome do Profissional                         |  | 51 - Nome do Profissional                                   |  |
| 52 - Conselho Profissional                        |  | 53 - Número no Conselho                                     |  |
| 54 - UF   |  | 55 - Código CBO   |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |  |
| 58 - Observação / 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\$)                                      |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização   |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                     |  | 69 - Assinatura do Contratado                               |  |