

Ficha de Acompanhamento										OS: 1545 VTR: 798 - JUMPER	
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> APH		<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES <input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		<input type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> SIV - INT		<input type="checkbox"/> PARTICULAR	
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER	
Outro:											
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: C. VAGAS Data: 21/05/2025											
Origem: HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS SP X INSTITUTO DE RADIO VALE PARAIBA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS SP X HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS SP											
Nome: NATASHA TUANE DO NASCIMENTO Idade: 32 Contato:											
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino											
SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: 954240009652007											
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 81210	Km: 81265			Km: 81270	Km: 82275			Km: 81280			
Hora: 10:50	Hora Saída: 11:49			Hora Saída: 12:23	Hora Saída: 13:18			Hora: 14:00			
	Visto Origem:			Visto Destino:	Visto Destino:						
Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Lúcido <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Não Verbaliza											
Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocórica <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior											
Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Apneia											
Circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Tarquicardico <input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Filiforme											
Abdomem <input checked="" type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental <input type="checkbox"/> Gravidico											
Membros Superior <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados Membros Inferiores <input checked="" type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados											
Sinais Vitais											
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW		TEMP	Sat O2	Hgt			
Abertura ocular: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1											
Resposta Verbal: <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2											
Resposta Motora: <input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Nenhuma											
TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie	
	Escoriação										
	Cont										
	Ferim										
	Luxa										
	Frat										
	Lace										
Secc											
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 _____ RG/CPF _____ Assinatura _____											

Observações Médicas / Enfermeiros

Transferido paciente do hospital piu-12 de sjc,para clínica svo sjc sem intercorrências.

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios			Outros:			Refeição / Lanche		Sím	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	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____

1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome <i>Marta Tume Nascimento</i>		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
Dados do Solicitante			
13 - Código de Credenciamento		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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.	
28 - Qtde. Aut.			
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
<i>Solicito ambulância simples</i>			
Dados do Contratado Executor			
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	
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 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)			
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
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -		
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			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			