

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

☒ 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 Promed Solicitante Central Vagas Data 20/10/23

Origem: Pop. 10 fúls x clínica Piperbônica x Pop. 10 fúls

Nome: Anessa Santos Pereira Idade 65 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unadexco Nº CARTEIRINHA 775 242 000 891 002

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>72904</u>	km <u>72911</u>	km <u>72927</u>	km <u>72956</u>	km <u>72966</u>
	Hora Chegada <u>06:50</u>	Hora Chegada <u>07:58</u>	Hora Chegada <u>11:25</u>	
	Hora Saída <u>07:33</u>	Hora Saída <u>11:00</u>	Hora Saída <u>11:40</u>	
Hora <u>06:20</u>	Visto Origem <u>[assinatura]</u>	Vista Destino <u>[assinatura]</u>	Vista Destino <u>[assinatura]</u>	Hora <u>12:00</u>

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ consciente ☐ Confuso ☒ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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

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

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 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									

AUP
M5(D)
5=22



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 _____ assinatura _____
 RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros

06:50h: Chego ao Hospital de origem paciente em coma hospitalar, consciente, orientado, afável, respiração normal, mantendo AUP em M5 (D) 5-22, Sufocamento + Curativo em M1 (E).
 07:10h: Chego ao Hospital de destino (Filha) chega;
 07:33h: Transferido paciente p/ sala e conduzido à ambulância.
 11:05h: Chego ao Hospital de destino para realização de cirurgia.
 11:40h: Saio do Hospital de origem sem acompanhamento.

Materiais Utilizados

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

Aline

Data 20/03/25

Conductor Socorrista

Lucas H

Data 20/03/25

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		8 - Nome do Beneficiário		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Nome Social		12 - Número no Conselho		13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - Código da Operadora		19 - UF		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. A		29 - Qtd. B	
30 - Nome do Contratado		31 - Nome do Contratado		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de atendimento		37 - Saúde Ocupacional	
38 - Hora Inicial		39 - Hora Final		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Hora Inicial		43 - Hora Final		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPP		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Data de Realização de Procedimentos em Série		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Data de Realização de Procedimentos em Série		61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
62 - Data de Realização de Procedimentos em Série		63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		64 - Data de Realização de Procedimentos em Série		65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
66 - Data de Realização de Procedimentos em Série		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Data de Realização de Procedimentos em Série		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
70 - Data de Realização de Procedimentos em Série		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Data de Realização de Procedimentos em Série		73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
74 - Data de Realização de Procedimentos em Série		75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Data de Realização de Procedimentos em Série		77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
78 - Data de Realização de Procedimentos em Série		79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Data de Realização de Procedimentos em Série		81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
82 - Data de Realização de Procedimentos em Série		83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Data de Realização de Procedimentos em Série		85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
86 - Data de Realização de Procedimentos em Série		87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Data de Realização de Procedimentos em Série		89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
90 - Data de Realização de Procedimentos em Série		91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Data de Realização de Procedimentos em Série		93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
94 - Data de Realização de Procedimentos em Série		95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Data de Realização de Procedimentos em Série		97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
98 - Data de Realização de Procedimentos em Série		99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Data de Realização de Procedimentos em Série		101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
102 - Data de Realização de Procedimentos em Série		103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		104 - Data de Realização de Procedimentos em Série		105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
106 - Data de Realização de Procedimentos em Série		107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		108 - Data de Realização de Procedimentos em Série		109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
110 - Data de Realização de Procedimentos em Série		111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		112 - Data de Realização de Procedimentos em Série		113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
114 - Data de Realização de Procedimentos em Série		115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		116 - Data de Realização de Procedimentos em Série		117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
118 - Data de Realização de Procedimentos em Série		119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		120 - Data de Realização de Procedimentos em Série		121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
122 - Data de Realização de Procedimentos em Série		123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		124 - Data de Realização de Procedimentos em Série		125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
126 - Data de Realização de Procedimentos em Série		127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		128 - Data de Realização de Procedimentos em Série		129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
130 - Data de Realização de Procedimentos em Série		131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		132 - Data de Realização de Procedimentos em Série		133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
134 - Data de Realização de Procedimentos em Série		135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		136 - Data de Realização de Procedimentos em Série		137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
138 - Data de Realização de Procedimentos em Série		139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		140 - Data de Realização de Procedimentos em Série		141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
142 - Data de Realização de Procedimentos em Série		143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		144 - Data de Realização de Procedimentos em Série		145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
146 - Data de Realização de Procedimentos em Série		147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		148 - Data de Realização de Procedimentos em Série		149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
150 - Data de Realização de Procedimentos em Série		151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		152 - Data de Realização de Procedimentos em Série		153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
154 - Data de Realização de Procedimentos em Série		155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		156 - Data de Realização de Procedimentos em Série		157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
158 - Data de Realização de Procedimentos em Série		159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		160 - Data de Realização de Procedimentos em Série		161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
162 - Data de Realização de Procedimentos em Série		163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		164 - Data de Realização de Procedimentos em Série		165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
166 - Data de Realização de Procedimentos em Série		167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		168 - Data de Realização de Procedimentos em Série		169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
170 - Data de Realização de Procedimentos em Série		171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		172 - Data de Realização de Procedimentos em Série		173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
174 - Data de Realização de Procedimentos em Série		175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		176 - Data de Realização de Procedimentos em Série		177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
178 - Data de Realização de Procedimentos em Série		179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		180 - Data de Realização de Procedimentos em Série		181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
182 - Data de Realização de Procedimentos em Série		183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		184 - Data de Realização de Procedimentos em Série		185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
186 - Data de Realização de Procedimentos em Série		187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		188 - Data de Realização de Procedimentos em Série		189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
190 - Data de Realização de Procedimentos em Série		191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		192 - Data de Realização de Procedimentos em Série		193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
194 - Data de Realização de Procedimentos em Série		195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		196 - Data de Realização de Procedimentos em Série		197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
198 - Data de Realização de Procedimentos em Série		199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		200 - Data de Realização de Procedimentos em Série			