

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 Unimed Guaratã Solicitante _____ Data 20/09/24

Origem: UPA Guaratã III x Hosp. Cerebral x

Nome: Kevin Nicholas Manoel de Idade 25 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Guaratã Nº CARTEIRINHA 0200247005073000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>53939</u>	km <u>53977</u>	km <u>53978</u>	km <u>54028</u>	km
	Hora Chegada	Hora Chegada <u>13:30h</u>	Hora Chegada <u>14:30</u>	
	Hora Saída <u>13:18h</u>	Hora Saída <u>13:40h</u>	Hora Saída	
Hora <u>12:30</u>	Visto Origem <u>Valquiria de Cássia</u> <u>Tomé Ferreira</u> <u>COREN-SP 439220 - ENF</u>	Visto Destino <u>Joyce Aparecida Vieira Rios</u> <u>COREN-SP 780991 - ENF</u>	Visto Destino	Hora

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítricas ☐ Mioticas ☐ D ou E ☐ É Maior

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

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ 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>15</u>			

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

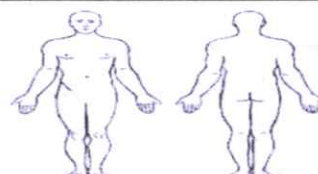
Resposta Motora

- ☒ 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									



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 Giovanna Martins de Lima assinatura _____

RG/CPF 0311058828-70 Giovanna m. Lima

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente transportado da UPA III para Hosp. Geral com fratura de fêmur e tibia em MFD, acompanhada pela esposa, mantendo AVP em fossa cubital D com tórax de EV, imobilização em MFD, sem queixas algicas, bem tolerar.

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Ackel
COREN-SP-279878-ENF

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		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

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Ackel
COREN-SP-279878-ENF

Data

20/09/24

Conductor Socorrista

Data



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

2 - Nº Guia no Prestador

40029662

1 - Registro ANS 355577	3 - Número de Guia Principal	6 - Data de Validade da Sanha 19/11/2024	7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora 40029662	12 - Atendimento e RN N
4 - Data de Autorização 20/09/2024	5 - Sanha 28521			
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 0020.0217005073000	9 - Validade da Carteira 31/01/2025			
10 - Nome KEVIN NICHOLAS MAURO LEONE				
13 - Código na Operadora				
14 - Nome do Contratado Joao Felipe Elache				
15 - Nome do Profissional Solicitante Joao Felipe Elache				
16 - Conselho Profissional 06				
17 - Número no Conselho 162221				
18 - UF SP				
19 - Código CBO 225125				
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
21 - Caráter do Atendimento				
22 - Data de Solicitação 20/09/2024				
23 - Indicação Clínica fratura de fêmur + fatura tibia				
24 - Tabela				
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial				
26 - Descrição				
1 - 18 60020911				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
27 - Qtda. Solic. 28 - Qtda Aut. 1 1				
29 - Código na Operadora				
30 - Nome do Contratado				
31 - Código CHES				
32 - Tipo de Atendimento 01				
33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada) 9				
34 - Tipo de Consulta				
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
36 - Saúde Ocupacional				
37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tac. 45 - Fator Rad./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)				
48 Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPE 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 - 3 - 5 - 7 - 9 -				
2 - 4 - 6 - 8 - 10 -				
58 - Observações / Justificativas Beneficiário na UPA sera transferido para hospital depg valor ambulancia R\$1450.00				
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 UNIMED GUARATINGUETA				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				