

# Ficha de Acompanhamento

OS

1120

VTR

318

☐ 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 ressonância

EMPRESA CEPOG Solicitante C. u. a. g. o. s. Data 04/09/24

Origem: CEPOG x Santo Rosa x

Nome: Fernando Teresa Bueno Cocoda Idade 39 Contato:

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 08650001339424014

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>160533</u>	<u>160570</u>	<u>160571</u>	<u>160572</u>	<u>160608</u>
Hora <u>13:00</u>	Hora Chegada <u>13:46</u>	Hora Chegada <u>14:04</u>	Hora Chegada <u>15:32</u>	
	Hora Saída <u>13:58</u>	Hora Saída <u>15:27</u>	Hora Saída <u>15:40</u>	Hora <u>16:30</u>
	Visto Origem <u>Joyce Aparecida Vieira Rios</u> COREN-SP 780901 - ENF	Vista Destino <u>Estela V. B. Santos</u> COREN-SP 1165506 - T	Vista Destino <u>Joyce Aparecida Vieira Rios</u> COREN-SP 780901 - ENF	

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

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

Circulatório ☒ Pulso normocadiaco ☐ Ritimico ☐ 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>13:58</u>	<u>113x74</u>	<u>92</u>		<u>15</u>		<u>97</u>	
<u>15:27</u>	<u>109x70</u>	<u>86</u>		<u>15</u>		<u>96</u>	

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

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

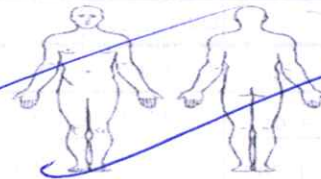
## Resposta Motora

- ☒ 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 MAURICIO VIEIRA CALFADA

RG/CPF 319.155.098-40

assinatura

Calçada



## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em ar, ambiente, lúcida, mantendo AVP em MS Essalinizado até o momento, posiciona paciente em maca e acomoda em ambulância com o auxílio do condutor, no ambulância realiza monitorização múltiplos parâmetros, anota SSW, paciente acompanhado pelo marido, sem intervenções no trajeto até o local de exame. Paciente realizou Ressonância com contraste, sem intervenções no exame. Encaminhamos paciente de volta a UTI do CGPOG, sem intervenções no trajeto.

## Materiais Utilizados

Pedágios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
5	Brejo			X
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	30
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	140
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	110
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data

04/09/24

Enfermeira Responsável

COFEN 501.60299

Data

04/09/24

Condutor Socorrista

Data

04/09/24

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

3667156

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		89 - Nome Social		18 - UF			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
10 - Nome		14 - Nome do Contratado		17 - Número no Conselho		90 - Indicador de Cobertura Especial			
13 - Código na Operadora		21 - Nome do Profissional Solicitante		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Assinatura do Profissional Solicitante	
25 - Caracter do Atendimento		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora		30 - 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 - Motivo de Encerramento do Atendimento		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\$)		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	