

Ficha de Acompanhamento

OS

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 ☐ TOT / TOM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA NO ME D. Solicitante C-VA Data 15/02/25

Origem: Polícia de São Paulo x SJC x

Nome: Noah Felipe Bragelli Canali Idade 8M Contato: 12991471669

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Biodere Nº CARTEIRINHA 770373022543026

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>173395</u>	km <u>173419</u>	km <u>173461</u>	km <u>173503</u>	km <u>173527</u>
	Hora Chegada <u>20:23</u>	Hora Chegada <u>20:28</u>	Hora Chegada <u>23:005</u>	
	Hora Saida <u>20:45</u>	Hora Saida <u>22:14</u>	Hora Saida <u>23:106</u>	
Hora <u>19:30</u>	Visto Origem <u>Wellington Rodrigo de Oliveira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-SP: 632.036	Vista Destino	Vista Destino <u>Wellington Rodrigo de Oliveira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-SP: 632.036	<u>23:50</u>

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

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicardico ☐ Bradicardico ☐ 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 Incomprêncivas 2
☐ Nenhuma 1

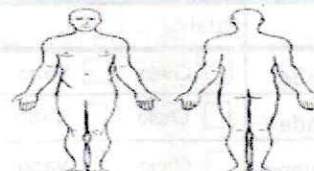
Resposta Motora

- ☐ Obdece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
TRAUMA	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 Thauma Giovanna Paparici

RG/CPF 336730877

assinatura

[Signature]

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente trazido do Hospital Bidi de Buhat para exame de TC de crânio, após queda da monitoria aérea de um canhão de Bubi, marca de 15, manobras AVP e MSE em profundidade profundas exame sem anestesia

Kelly Hekis de Oliveira Santos
COREN-SP 828403-ENF

Kelly Hekis de Oliveira Santos
COREN-SP 828403-ENF

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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

Data

Condutor Socorrista

Data

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		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 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica		24 - Indicador de Cobertura Especial	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.	
29 - Código na Operadora		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 - Regime de Atendimento		37 - Saúde Ocupacional	
38 - Seq. Ref.		39 - Grau Part.	
40 - Código na Operadora/CPF		41 - Nome do Profissional	
42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho	
44 - UF		45 - Código CBO	
46 - Data de Realização de Procedimentos em Série		47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
48 - 1 -		49 - 2 -	
50 - 3 -		51 - 4 -	
52 - 5 -		53 - 6 -	
54 - 7 -		55 - 8 -	
56 - 9 -		57 - 10 -	
58 - Observações/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			