

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH			
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT				
Tipos de Exames				<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> PET SCAM			
				<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN			
				T. C. HIPER.						
				Outros						
EMPRESA				Solicitante		Data				
Origem: <i>H. Célio S.</i>				<i>C. Viegas</i>		20/02/				
Nome: <i>Célio Gonçalves Dias</i>				Idade		Contato:				
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino								
SUS / CONVENIO <i>unimed</i>										
Saída Base		Origem		Destino		Destino				
km <i>139000</i>		km <i>139055</i>		km <i>139066</i>		km <i>139072</i>				
Hora Chegada <i>14:00</i>		Hora Chegada <i>14:30</i>		Hora Chegada <i>15:00</i>		km				
Hora <i>13:10</i>		Hora Saida <i>13:20</i>		Hora Saida <i>14:40</i>		Hora Saida				
Visto Origem <i>SOREN-SP-172874</i>		Vista Destino <i>A CRISTINA DE SIQUEIRA</i>		Vista Destino <i>KADÔ BASTOS SIQUEIRA</i>		Hora				
Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Lúcido <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> Inconsciente										
Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocorica <input type="checkbox"/> Midriátrica <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior										
Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Eupnético <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul										
Circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocadiaco <input type="checkbox"/> Ritimico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicotico <input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasisfmgia <input type="checkbox"/> Filiforme										
Abdomem <input checked="" type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental										
Membros Superior <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados				Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados						
Sinais Vitais										
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt			
<i>14:00</i>	<i>120x80</i>	<i>78</i>	<i>16</i>	<i>15</i>	<i>36</i>	<i>98%</i>				
TRAUMA										
Abertura ocular		Resposta Verbal				Resposta Motoria				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma				
Escoriação		Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
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 <i>JEFFERSON R. C. MARCELO</i>								Assinatura <i>[Signature]</i>		
RG/CPF <i>30499697801</i>										

Observações Médicas / Enfermeiros

Cliente apresentava-se B69, LOTE, supino, em PA, SAT 98%. Mantinha AVT em FC. O sinalizado som visível flagrante, adiante quanto ao fôlego, MMII ademaciado e PME com lesões recutivas. Transferido 21 Fri Galvão em ambulância simples, acompanhado pela enfermeira Fabíola, para ressuscitação intracoronária no hospital.

DATA: 21/02/25
COREN-SP 574223-ENF

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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
Cassia Janete Toledo
COREN-SP 574223-ENF
Data 20/02/25

Condutor Socorrista
Data / /

Solicitante		Solicite a Autorização		3 - Número da Guia Principal	
Solicite a Operadora					
Beneficiário		5-Senha			
Pra Parte		7.100.11.36008		9 - Senha da Carteira	
Contratado		14 - Nome do Contratado		6 - Data de Validade da Senha	
Atendimento		16 - Conselho Profissional		17 - Número do Conselho Profissional	
Executante		18 - UF		19 - Código CBO	
Contratado		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Solicitação / Procedimentos ou Serviços Assistenciais Solicitados		21 - Data da Solicitação		22 - Data da Execução	
23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
Análise tipo suspeita		Análise tipo suspeita		26 - Descrição	
30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		27 - Qtd. Solt.	
Atendimento		32 - Saúde Ocupacional		28 - Qtd. Aut.	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - 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.	
Execução / Procedimentos e Exames Realizados		46-Valor Unitário (R\$)		47-Valor Total (R\$)	
49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF		51-Nome do Profissional		52-Conselho Profissional	
53-Número no Conselho Profissional		54-UF		55-Código CBO	
Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Total de Táxis e Alugueis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
3 -		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
4 -		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
Realização / Justificativa		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado	
do Responsável pela Autorização		68 - Assinatura do Contratado		12-Atendimento a RH	