

# 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 Hop. UNIMED Campinas Solicitante Control de Urgência Data 09/10/24

Origem: Hop. UNIMED Campinas x 10 milho Pardo x

Nome: David de Oliveira Natali Idade 62 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / (CONVENIO) UNIMED Nº CARTEIRINHA 0407800001107007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>55695</u>	km <u>55741</u>	km <u>65778</u>	km	km
	Hora Chegada <u>21:45h</u>	Hora Chegada <u>22:35h</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>22:07h</u>	Hora Saída <u>22:43h</u>	Hora Saída	
Hora <u>9:30h</u>	Visto Origem <u>Liliana Ferreira Enfermeira</u>	Vista Destino <u>Samantha Lima Rezende COREN-SP 587.764-ENF</u>	Vista Destino	Hora

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 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>21:48</u>		<u>86</u>		<u>15</u>		<u>95%</u>	
				<u>15</u>			

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improprias 3  
☐ Palavras Incompreensivas 2  
☐ Nenhuma 1

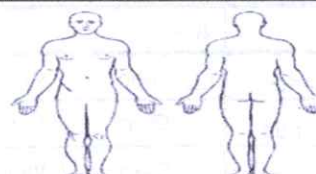
### Resposta Motora

- ☒ 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 Joelma Mariana de Oliveira

assinatura

RG/CPF 109 693 99839

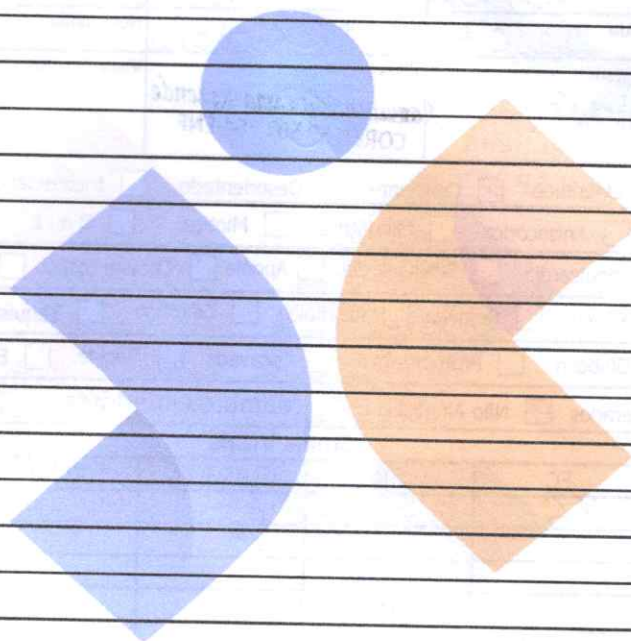
Joelma Mariana de Oliveira



## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em transporte acompanhado da esposa com  
acessório venoso perfuro em M.D. CVD below pedada  
com respeito de f. p. se.

*Luciene*  
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel  
COREN-SP-279878-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			

Dr. Lucas Costi  
Médico Responsável  
CREMESP 260.341

Data 09/10/2024

Enfermagem Responsável

*Luciene*  
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel  
COREN-SP-279878-ENF

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal  
3 4 1 5 4

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

147560 13/03/1962 0407800001107007

DAVID DE OLIVEIRA NATALI

LUZIA DE OLIVEIRA NATALI

Nome  
David de Oliveira Natoli

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na O

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 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

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\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF

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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

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