

Ficha de Acompanhamento

OS: 1539

VTR: 520 - DUCATO

☒ BÁSICA ☒ EXAMES ☐ UTI ADULTO ☐ UTI NEO ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR
☐ APH ☐ TRASF. HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM **Outro:**
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: C. VAGAS Data: 19/05/2025
 Origem: HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP ☒ INSTITUTO DE RADIO VALE PARAIBA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP ☒ HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: NATASHA TUANE NASCIMENTO Idade: 32 Contato: _____
 Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
 SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: 954240009652007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 142142	Km: 142206	Km: 142215	Km: 142215	Km: 142277
	Hora Chegada: 11:45	Hora Chegada: 12:15	Hora Chegada: 13:45	
Hora: 10:30	Hora Saída: 12:10	Hora Saída: 13:40	Hora Saída: 13:52	Hora: 15:10
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicardico ☐ Bradicardico ☐ Filiforme

Abdomem ☒ Plano ☒ Globoso ☐ 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 ☐ A dor 2 ☐ voz 3 ☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5 ☐ Confusa 4 ☐ Palavras Impropriás 3 ☐ Palavras Incompreensíveis 2

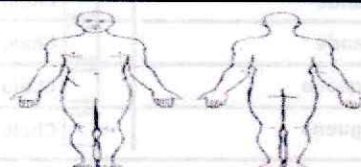
Resposta Motora:

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

	Descrição	Crã	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T R A U M A	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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebido paciente, sebtada em poltrona, lucida, consciente, orientada, comunicativa, mantendo Acesso central em abaixo da clavícula esquerda, salinizada, transferida para maca e encaminhada para IOV sem intercorrências.



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		Outros:			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"/> Chelo	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	PRISCILA ALVES DOS SANTOS - TEC. TAUBATÉ Coren/ 1143008 Data ____/____/____	LUCAS HENRIQUE DE LIMA MONTEIRO CNH/ 01 Data ____/____/____

1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome <u>Matilde Tuane Nascimento</u> 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN							
Dados do Solicitante 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 - Tabela		25 - Código do Procedimento		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 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.	
43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		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		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		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional Contratado	