

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 ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros Ecotomografia

EMPRESA H. CE/06 Solicitante C. J. J. J. Data 24/07/2024

Origem: CEPOG x Policlínica x 55C x H. CE/06

Nome: Paulo Santos Klimkerfuz Idade 94 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 0020704600034006

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
157472	157507	157594	157608	157721
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
11:30	12:06	13:33	18:00	18:51
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	12:22	16:30	18:10	
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>Claudinea Alves Balleiro</u> <u>AREN-SP 306.688 - ENF</u>	<u>Claudinea</u>	<u>Claudinea</u>	

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midrítrica ☐ 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
12:25	121x62	76		15		95	
16:20	108x51	62		14		89	

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

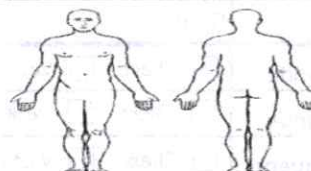
Resposta Motora

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

TRAUMA	Descrição	Crã	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 Anna Paula Klimkerfuz assinatura A.P.
 RG/CPF 09156296827

Observações Médicas / Enfermeiros

12:22 - Posiciono e monitorizo paciente ambulância, paciente orientado, de cólica, montando AVP em M50 solinizado, parâmetros estáveis, sem intercorrências no trajeto. 16:25 Posiciono e monitorizo paciente a mesma situação de 08%, instalo cateter de O2 tipo óculos a 2L/min conforme orientação do doutor Maria Letícia, mantendo cateter até o destino, sem intercorrências no trajeto.

Materiais Utilizados

1 - Extensor
1 - Cateter O2 tipo óculos adulto

Pedágios		Qual	Refeição / Lanche		Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou		150	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou		70 - 25	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou		60	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			

Médico Responsável Dra. Maria Letícia Médica CRM-SP 252431 <i>M. Letícia</i>
Data <u>24/07/24</u>

Enfermagem Responsável Ana Júlia de Souza Rocha Enfermeira CRM-SP 760209 <i>Ana Júlia</i>
Data <u>24/07/24</u>

Condutor Socorrista <i>Rafael</i>
Data <u>24/07/24</u>



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

2- Nº Guia no Prestador

0004392791

1 - Registro ANS 3 5 5 7 7		3 - Número da Guia Principal 0 0 0 4 3 9 2 7 9 1		5 - Senha 0 0 0 4 3 9 2 7 9 1		6 - Data de Validade da Senha 22/09/2024		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 0 0 0 4 3 9 2 7 9 1		11 - Cartão Nacional de Saúde 7 0 4 5 0 6 3 4 1 1 4 7 5 1 4		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 0 2 0 7 0 4 6 0 0 0 0 3 4 0 0 0 - 6		9 - Validade da Carteira 30/06/2025		10 - Nome PAULO SANTOS KLINKERFUSS		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 123		18 - UF 35		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 0 2 0 9 9 9 9 9 9 7 - 9		14 - Nome do Contratado PRESTADOR NAO COOPERADO		15 - Nome do Profissional Solicitante AILTON D EPAIVA NETO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 123		18 - UF 35		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 24/07/2024		22 - Data da Solicitação 24/07/2024		23 - Indicação Clínica FEBRE PERSISTENTE LESAO DENTARIA I33		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 18 6 0 0 2 0 8 1		26 - Descrição REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO COM MEDICO E ENFERMAGEM PARA SADT INTERMUNICIPAL POR KM		27 - Qtd. Solic. 1,00		28 - Qtd. Aut. 1,00		31 - Código CHES 9 7 7 7 9 5 4	
Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 020.00082627-2		30 - Nome do Contratado PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA		32 - Tipo de Atendimento 0 5		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 1		36 - Data 24/07/2024		37 - Hora Inicial 16:32	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 24/07/2024		37 - Hora Inicial 16:32		38 - Hora Final 18		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 60020981		41 - Descrição REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO COM MEDIC		42 - Qtd. 1,00		43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 0,00		46 - Valor Unitário (R\$) 0,00	
Identificação do(a) 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	
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		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional Executante		71 - Assinatura do Profissional de Apoio		72 - Assinatura do Profissional de Apoio		73 - Assinatura do Profissional de Apoio	