

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 798.

☒ 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 Promed SA Solicitante C. Vagner Data 06-02-25

Origem: 5ª Casa Pindaíba x Pro Imagem x

Nome: Shirley Eduarda C. Ribeiro Idade 24 Contato: 12-992434555

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Bredex Nº CARTEIRINHA 77497505579026

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>66576</u>	km <u>66580</u>	km <u>66582</u>	km <u>66585</u>	km <u>66621</u>
	Hora Chegada <u>13:00</u>	Hora Chegada <u>13:30</u>	Hora Chegada <u>14:35</u>	
	Hora Saída <u>13:20</u>	Hora Saída <u>14:25</u>	Hora Saída <u>14:45</u>	
Hora <u>12:50</u>	Visto Origem <u>Patricia Laura de Jesus Fribeiro de Oliveira</u> * CORE-SP 469157-1-E	Visto Destino <u>Patricia Priscila P. da Silva</u> * Biomédica CRM 41250	Visto Destino <u>Paula Gabriela de Oliveira Leite</u> * Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 889502	Hora <u>15:33</u>

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

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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
<u>13:20</u>	<u>130x90</u>	<u>82</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>98%</u>	

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensíveis 2
☐ Nenhuma 1

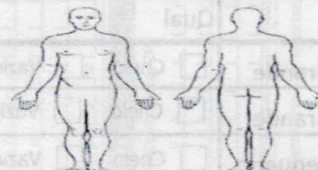
Resposta Motora

- ☒ 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 Gabriel de Sousa Ruiter

RG/CPF 417915518-27

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Cliente encontra-se em BEG, LOTE, relata apresentar picos hipertensivos após a retirada do CISO há 8 dias após receber anestesia, relata também diver-
sor retornar ao Pronto Atendimento devido forte dor de cabeça e 7 PA. Encaminhada para clínica Plani, para realização de RNM, acompanhada pelo esposo Gabriel, enf. Caio e condutor Lucas, retornou p/ origem sem nenhuma intercorrência no trajeto.

Cassia Jane de Toledo
COREN-SP 514223-ENF

Materiais Utilizados

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

Médico Responsável

Data

Enfermeiro Responsável

COREN-SP 514223-ENF

Data 06/02/25

Condutor Socorrista

Lucas H

Data 06/02/25

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																									
Dados do Beneficiário																																																	
8 - Número da Carteira												9 - Validade da Carteira									89 - Nome Social									12 - Atendimento a RN																			
10 - Nome Thaís Edmunda Le Castro Ribeiro																																																	
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																			
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																																																	
21 - Caráter do Atendimento						22 - Data da Solicitação						23 - Indicação Clínica AVC CID-10 - I69																		90 - Indicador de Cobertura Especial																			
24 - Tabela						25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial												26 - Descrição Atendimento Integral												27 - Qtde. Solíc.						28 - Qtde. Aut.													
1 -																																																	
2 -																																																	
3 -																																																	
4 -																																																	
5 -																																																	
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						91 - Regime de Atendimento						92 - Saúde Ocupacional													
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados																																																	
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\$															
1 -																																																	
2 -																																																	
3 -																																																	
4 -																																																	
5 -																																																	
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 -										3 -										5 -										7 -										9 -									
2 -										4 -										6 -										8 -										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																									