

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" 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"/> CPRS | <input type="checkbox"/> PET SCAM | | |
| | <input type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> TQT / TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. | Outros | |

EMPRESA Unimed Guará Solicitante _____ Data 20/09/24

Origem: IPA Guará III x Hosp. Cegog

Nome: Karen Michell Mauad Idade 25 Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Guaporé Nº CARTEIRINHA 0200217005073000

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------------|--|---|---------------------------|--------------|
| km <u>53939.</u> | km <u>53977</u> | km <u>53978</u> | km <u>54028</u> | km |
| | Hora Chegada | Hora Chegada <u>13:30h</u> | Hora Chegada <u>14:30</u> | |
| Hora <u>12:30</u> | Hora Saída <u>13:18h</u> | Hora Saída <u>13:40h</u> | Hora Saída | |
| | Visto Origem <i>Alquitraria de Cássia Tomé Ferreira COREN-SP 439220 ENF</i> | Vista Destino <i>Joyce Aparecida Vieira Rios COREN-SP 780901-ENF</i> | Vista Destino | Hora |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquicardia Bradicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arrítmico 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>15</u> | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

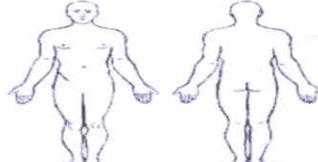
Resposta Motora

- Obdece 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 ambulância 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 Giovanna Martins de Lima

RG/CPF 0311058828-70

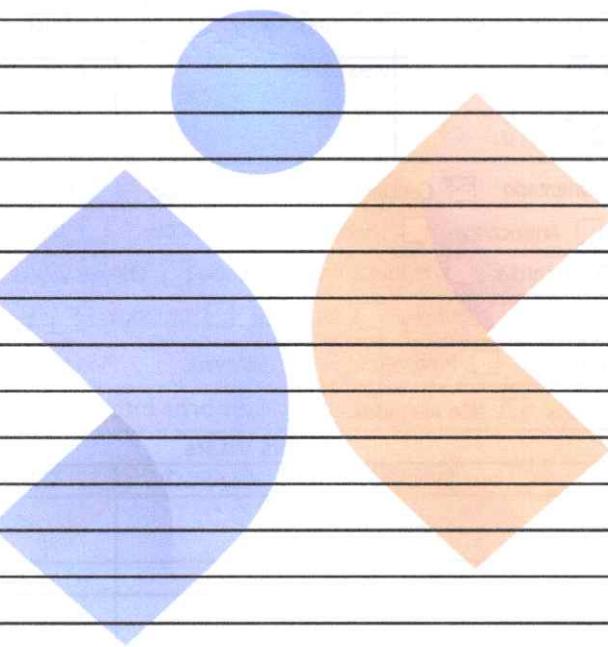
assinatura

Giovanna m. Lima

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente transportado do UPA III para Hosp. Leporé
com fratura de fíbula e tibia em MFD, acompanhado
pela esposa, mantendo APF em foracibol com tramação
EV, immobilizado em MFD, sem queixas algicais, somente
dor no membro.

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 - Pegueno | <input type="checkbox"/> Cheio <input checked="" type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou | |

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel

COREN-SP-279878-ENF

Data

Condutor Socorrista

Data

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

2 - Nº Guia no Prestador

40029662

| | | | |
|---|--|--|---|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal | 6 - Data de Validade da Série | 7 - Número da Guia Atendido pela Operadora |
| 355577 | 5 - Série 28521 | 19/11/2024 | 40029662 |
| 4 - Data de Autorização | 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 12 - Atendimento à RN |
| 20/09/2024 | 0020 0217005073000 | 31/01/2025 | N |
| 10 - Nome | KEVIN NICHOLAS MAURO LEONE | | |
| 13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado | 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional |
| 0 | João Felipe Elache | João Felipe Elache | 06 |
| 21 - Cartera de Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica | 17 - Número no Conselho |
| 2 | 20/09/2024 | fratura de fêmur + fatura tibia | SP 225125 |
| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Nível Assistencial | 26 - Descrição | 18 - UF |
| 1 - 18 | 60020911 | REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO, COM MEDICO E ENFERMAGEM, PARA SADT, NO MUNICIPIO, POR KM | 19 - Código CBO |
| 2- | | | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| 3- | | | 1 |
| 4- | | | 1 |
| 5- | | | 1 |
| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Regime de Atendimento | 32 - Código Cnes |
| | | | |
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicarço de Acidente (incidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
| 01 | 9 | | |
| 36 - Data | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Técnica |
| 1- | | | 40 - Código do Procedimento |
| 2- | | | 41 - Descrição |
| 3- | | | 42 - Qtde. |
| 4- | | | 43 - Via |
| 5- | | | 44 - Téc. |
| 48 Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho |
| | | | |
| 56 - Data da Realização de Procedimentos em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 58 - Conselho Profissional | 59 - UF |
| 1 - | 3 - | 5 - | 9 - |
| 2 - | 4 - | 6 - | 8 - |
| 60 - Total de Taxas e Alugais (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
| 62 - Total de OPME (R\$) | 64 - Total de Medicamentos (R\$) | 66 - Assinatura do Contratado | |
| 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 67 - Assinatura pela Autorização | 68 - Assinatura do Contratado | |
| UNIMED GUARATINGUETÁ | | | |