

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

498

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input 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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input 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 CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T.C. HIPER. Outros *RM - membro*

EMPRESA *H. Unimed. Calçada* Solicitante *Cinthia de Vargas* Data *09/11/2019*

Origem: *H. Pio XII SJE* x *Wk Toulon* x *H. Pio XII*

Nome: *Francisco Rudolf Fiedrich* Idade *44* Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>58432</i>	km <i>58854</i>	km <i>58894</i>	km <i>58841</i>	km <i>59001</i>
Hora Chegada <i>7:00</i>	Hora Chegada <i>8:15</i>	Hora Chegada <i>8:15</i>	Hora Chegada <i>11:08</i>	
Hora Saída <i>7:25</i>	Hora Saída <i>10:18</i>	Hora Saída <i>11:19</i>	Hora Saída <i>12:29</i>	
Vista Origem <i>Shelia M. de Souza Santos</i> <i>Coren-SP 291406</i> <i>Eugenio D. Gonçalves</i> <i>Téc. Enfermagem</i> <i>Coren-SP 1740523</i>	Vista Destino <i>Shelia M. de Souza Santos</i> <i>Coren-SP 291406</i> <i>Eugenio D. Gonçalves</i> <i>Téc. Enfermagem</i> <i>Coren-SP 1740523</i>	Vista Destino <i>Shelia M. de Souza Santos</i> <i>Coren-SP 291406</i> <i>Eugenio D. Gonçalves</i> <i>Téc. Enfermagem</i> <i>Coren-SP 1740523</i>	Hora <i>12:29</i>	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocoria Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apneia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco 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
<i>7:25</i>	<i>130x80</i>	<i>87</i>	<i>20</i>	<i>15</i>		<i>99%</i>	
<i>11:00</i>	<i>130x70</i>	<i>85</i>	<i>20</i>	<i>15</i>		<i>98%</i>	

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

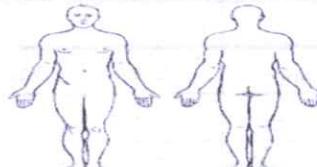
Resposta Motora

- 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 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 *Andrielle Fernandes Goulart* assinatura *Asfgoulart*
 RG/CPF *227.679.578-67*

Observações Médicas / Enfermeiros

Pacientes lucidos Orientados em or trânsito pelo
Inconsciente para exame de Rm malaia Superior (E).
Com olhos mas espaciais, relata não sentir dor,
ordinaria ou qualcosa oposta. O medido do peso do
paciente, após o exame retira os pés. O H. P. Rio XTS/SC
segue sem intercorrência.

Elysângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 438793

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios		Qual	Refeição / Lanche	Sim	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			

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Elysângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 438793

Data 09/11/29

Condutor Socorrista

Carlos.

Data 09/11/29



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

2 - N° 40265071

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sama	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	12 - Atendimento a RN	
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	
Dados do Beneficiário	Dados do Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
		18 - UF	19 - Código CRM
		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	CRM237336
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Carteira do Atendido	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Descrição
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
1			Solícito emulânci simples para realização de Personanç
2			magnétic em serviço extenso
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 do Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento
1			41 - Descrição
2			42 - Odte. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc.
3			46 - Valor Unitário - R\$
4			47 - Valor Total - R\$
5			
Identificação do(s) Profissional(es) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 49 - Grav. 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 Auxílios - R\$
1		61 - Total de Materiais - R\$	62 - Total de OPME - R\$
2		63 - Total de Medicamentos - R\$	64 - Total de Gases Medicinais - R\$
3		65 - Total Geral - R\$	66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
4			67 - Assinatura da Contratado
CD 33997 - Grafitea Hemalte (12) 3941-5236	ANS - N° 33187.2		