

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

<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 type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<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 *H. Jornal CASA DOUS* Solicitante Data *04/10/24*

Origem: *H. Casa Dous* x *H.R. Garcia*.

Nome: *José Pereira Abreto* Idade *85* Contato:

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA *20200216002510002*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>54836</i>	km <i>54878</i>	km <i>55012</i>	km	km
	Hora Chegada <i>03:19</i>	Hora Chegada <i>4:20</i>	Hora Chegada	
Hora <i>02:55</i>	Hora Saída <i>03:29</i>	Hora Saída	Hora Saída	
	Visto Origem <i>Vanessa Shibata</i> Enfermeira COREN-SP 335.059	Vista Destino <i>Neurologista</i> COREN-SP 747004-7E	Vista Destino	Hora

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia 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

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

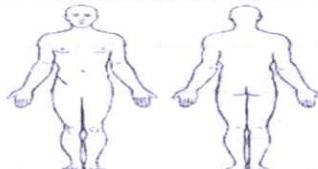
Resposta Motora

- 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

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em Transporte para Hosp. Preigalos com diarreia intensa e escorvete com queixa de dor lombar e fadiga muscular. Mantendo AVP em ambas as membranas superiores salvozado em forma cubital.

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Acke
COREN-SP-279878-ENF

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Z	Qual <i>Durka</i>	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 type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável	
Data	/ /

Enfermagem Responsável <i>Luciene</i> Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Acke	
Data	04/10/24

Condutor Socorrista <i>Jef</i>	
Data	/ /

1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 4	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização	5-Senha
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Ci. 201825
Dados do Solicitante	10 - Código na Operadora
13 - Código na Operadora	11 - Curtílio Nacional de Saúde
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
14 - Nome do Contratado	12 - Atendimento a RN
15 - Nome do Profissional Solicitante	13 - Nome do Profissional Solicitante <i>JOAO PEREIRA ABRANTES</i>
16 - Código do Profissional Executante	17 - CRM / RJ / 1234567890
18 - Código na Operadora	19 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Joao Pereira Abrantes</i>
Dados do Contratado Executante	
20 - Nome do Contratado	21 - Currículo Nacional de Saúde
22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica <i>Onco/Onco</i>
24-Tabela	25 - Código do Profissional ou Item Assistencial
1 - L	26 - Descrição
2 - L	<i>Onco/Onco</i>
3 - L	
4 - L	
5 - L	
Dados do Atendimento	
27-Qtdde. Atend.	28-Qtdde. Aut.
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
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
1- L	41-Descrição
2- L	42 - Qtd.
3- L	43-Via 44-Tox. 45- Fator Red/Acresc.
4- L	46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)
5- L	
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 da Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1- L	3 - L
2- L	4 - L
58-Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Alugueis (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
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado