

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318.

<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	<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. C. P. O. F.* Solicitante Data *14/10/24*

Origem: *H. C. P. O. F.* x *S. Rosa* x *Hosp. Gepog.*

Nome: *Jessica Princilo* Idade *3* Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA *09700020009829738*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>163401</i>	km <i>163438</i>	km <i>163439</i>	km <i>163440</i>	km <i>163476</i>
Hora Chegada <i>15:00h</i>	Hora Chegada <i>15:17h</i>	Hora Chegada <i>16:51h</i>	Hora Chegada <i>17:00h</i>	

km *163401* Hora Saída *15:01h* Hora Saída *16:43h* Hora Saída *17:00h* Hora *17:55*

Hora Vista Origem *19:20* Vista Destino *Estrela B. Santos COREN-SP 1491453-1F* Vista Destino *Washington C. Rosa COREN-SP 1491453-1F*

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 Brasisfgmia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

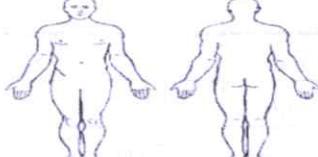
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
				16			

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

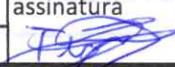
	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
	I									
II										
III										

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.

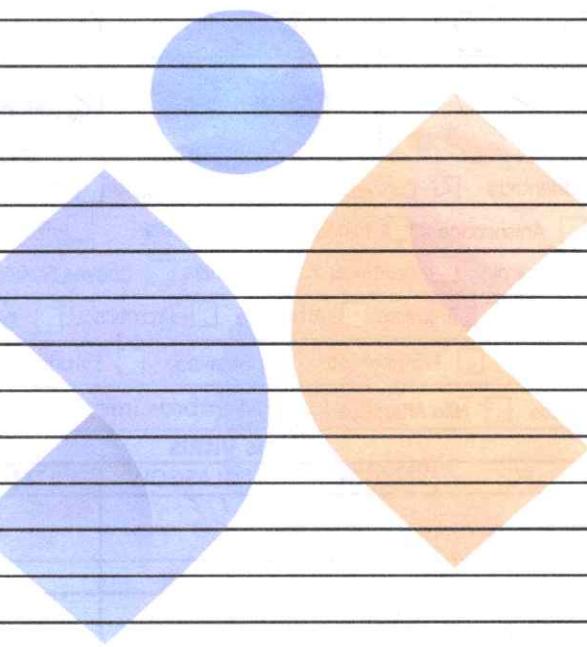
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome *Tiago de Paula Argolo* assinatura
RG/CPF *RG: 47.699.629/06 cPF: 914.956.778-69* 

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em transferência para realizar RM da coluna e retorna ao Hosp Cepog. Acompanhado do esposo, mantendo AVP em MSD salinizado.

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 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 11/10/24

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____

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

2-Nº Guia no Prestador

3573992

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Síntese
6 - Dados do Beneficiário	7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira	9 - Data de Validade da Sintese
10 - Nome	11 - Validade da Carteira
12 - Código da Operadora	13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
Dados da Solicitação / Procedimento ou Item Assistencial Solicitado	17 - Número no Conselho
21 - Caráter do Atendimento	18 - UF
22 - Data da Solicitação	19 - Código CBO
24-Tabelas	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Código CNES
26 - Descrição	22 - Indicação Clínica
28 - Código na Operadora	23 - Código Aut.
30 - Nome do Contratado	24 - Nome do Profissional
Dados do Consultado / Executante	25 - Nome da Consulta
32 - Tipo de Atendimento	26 - Regime de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimento e Evidentes Realizadas	27 - Hora Inicial
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	28-Hora Final
34 - Código do Procedimento	29-Tabela 40-Código do Procedimento
35 - Motivo da Consulta	30 - Descrição
36-Data	31 - Regime de atendimento
37-Hora Inicial	32 - Nome do Consultado
38-Hora Final	33 - Regime de Encerramento do Atendimento
39-Tabela 40-Código do Procedimento	34 - Nome do Executante
40 - Descrição	35 - Motivo da Consulta
41 - Descrição	36 - Nome do Executante
42 - Data	37-Hora Inicial
43-Via	38-Hora Final
44-Tec.	39-Tabela 40-Código do Procedimento
45-Fator Red/Aerosc.	40 - Descrição
46-Valor Unário (R\$)	41 - Descrição
47-Valor Total (R\$)	42 - Descrição
50-UF	43-Via
51-Número no Conselho Profissional	44-Tec.
52-Nome do Executante	45-Fator Red/Aerosc.
53-Número no Conselho Profissional	46-Valor Unário (R\$)
54-Nome do Executante	47-Valor Total (R\$)
55-Data de Realização de Procedimento em Série	55 - Data de Realização de Procedimento em Série
56-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58-Observe(s) e Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$)
60 - Total de Taxas e Aluguel (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de OPNE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gastos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização	69 - Total de Gastos Medicinais (R\$)
70 - Assinatura do Responsável ou Responsável	71 - Total de Medicamentos (R\$)
72 - Total de OPNE (R\$)	73 - Total de Gastos Medicinais (R\$)
74 - Total de Gastos Aluguel (R\$)	75 - Total de Materiais (R\$)
76 - Total de Taxas (R\$)	77 - Total de Taxas e Aluguel (R\$)
78 - Total de Procedimentos (R\$)	79 - Total de Procedimentos (R\$)