

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR *798*

<input checked="" type="checkbox"/> BASICA	<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"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

<b>Tipos de Exames</b>	<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.U. CACAPAU* Solicitante *C. VASAS* Data *27.10.21*

Origem: *H. U. CACAPAU* x *Hop. Santa Izabel* x

Nome: *Kayane Odairi* Idade *77* Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO *HU UNIMED.* Nº CARTEIRINHA *0917051000309001*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>57337</i>	km <i>57380</i>	km <i>57404</i>	km <i>57456</i>	km
Hora <i>17:38</i>	Hora Chegada <i>18:24</i> Hora Saída <i>18:35</i> Vista Origem <i>Lidia C. Ferreira</i> Enfermeira <i>Graça</i> CORON SP 82580	Hora Chegada <i>18:59</i> Hora Saída <i>19:10a</i> Vista Destino	Hora Chegada <i>20:00</i> Hora Saída Vista Destino	Hora

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritimico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

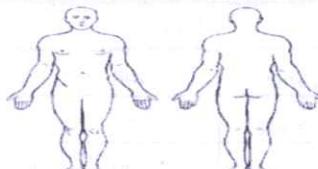
Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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

TRAUMA	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.

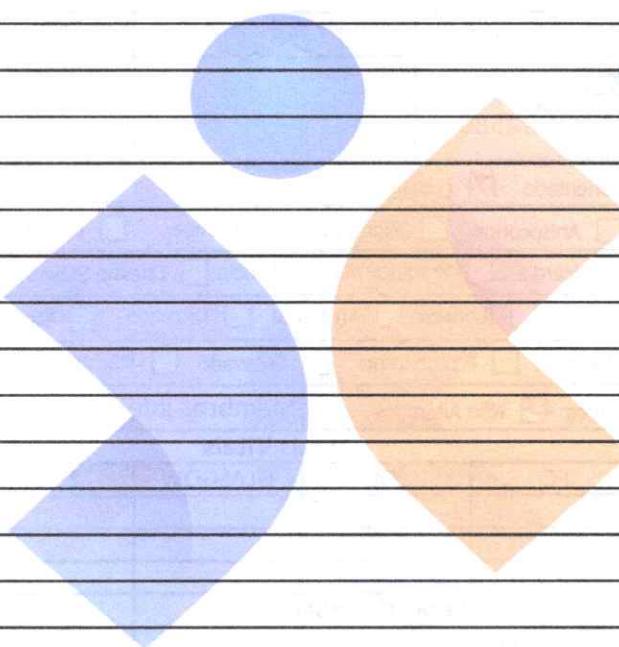
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, é dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome	assinatura
RG/CPF	

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente transportado da Unimed Cosmopolis para o Hop Santo Dumond acompanhado pela esposa, aparentemente calma, mantendo cateter Port-a-Cath na veia toraco D e AVP no dedo do meio em radioterapia.

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

Data 27/10/04

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



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

248

1675643

1 - Registro ANS <b>3 3 4 1 5 4</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
13 - Código na Operadora	163789 01/03/1947
Dados do Solicitante	
14 - Nome do Contratado	KAZUO ODANI
15 - Nome do Profissional Solicitante	HIDEO ODANI
Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica	<i>Ambulância Simples</i>
Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36-Data	37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tableta 40-Código do Procedimento 41-Descrição
1- 2- 3- 4- 5-	42 - Quide 43-Via 44-Tec. 45-Fator Red/Acresc. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48-Seq. Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/ai CPF	51-Nome do Profissional
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8-	52-Conselho Profissional 53-Número no Conselho Profissional 54-UF 55-Código CBO
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-	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 Med 65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Contratado
58-Observação / Justificativa	
<i>Dr. Furi Vieira Dairi</i>	