

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ T. C. . HIPER. ☒ Outros *x*
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN

EMPRESA Hospital Cpeg Solicitante Central de Regas Data 03/10/24

Origem: H. CeRef. *x* Clinica. *x*

Nome: Daniela Terezi Motta Idade 21 Contato:

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>162830</u>	km <u>162866</u>	km <u>162867</u>	km <u>162868</u>	km <u>17:44</u>
	Hora Chegada <u>15:30</u>	Hora Chegada <u>15:59</u>	Hora Chegada <u>16:49</u>	
	Hora Saida <u>15:54</u>	Hora Saida <u>16:30</u>	Hora Saida <u>16:52</u>	
Hora <u>14:15</u>	Visto Origem <u>Libertação</u>	Vista Destino <u>La Gr.</u>	Vista Destino <u>Maria</u>	Hora <u>162904</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfmgia ☐ 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 Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

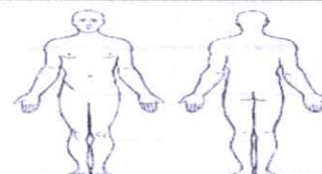
Resposta Motora

- ☐ Obcede 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 Kelly Luciane Továni Motta

assinatura

RG/CPF 29312161-3

Observações Médicas / Enfermeiros

14:15 - Saida do base, para o hospital cpeg 15:15 - Chegado no hospital cpeg 15:54 - encaminhando paciente para clinico lucila 15:59 - chegada na clinico lucila 16:30 - encaminhando paciente de volta ao hospital cpeg 16:49 Chegado ao hospital cpeg 16:52 - retorne para base.

Materiais Utilizados

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

Médico Responsável

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Leany Antunes Gonzaga
Técnica de Enfermagem
COREN-SP 001.008.986

Data 03/10/24

Condutor Socorrista

Wesley Fernando

Data 03/10/24



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

2 - Nº Guia no Prestador

3666698

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data da Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Senha	8 - Validade da Carteira	9 - Nome Social	
10 - Nome	11 - Nome do Contratado	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - UF	17 - Número no Conselho	18 - Código CBO	19 - Assinatura do Profissional Solicitante
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Assinatura do Profissional Solicitante	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Indicação de Cobertura Especial
25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES		
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de atendimento
37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código de Procedimento	41 - Descrição
42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)				
48 - Seq. Ref. 48 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CNPJ	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
55 - Data de Realização de Procedimentos em Série	56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
60 - Total de Procedimentos (R\$)	61 - Total de Taxas e Aluguéis (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 pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável