

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

<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 checked="" type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT

EMPRESA Hosp. V. Cagapau Solicitante C. Vagoz Data 27/10/24

Origem: Hosp. V. Cagapau x Clinica Tida x Hosp. V. Cagapau

Nome: Fernanda Rosa Giacometti Idade 46 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED. Nº CARTEIRINHA 0044506264060378

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>57288</u>	km <u>57289</u>	km <u>57291</u>	km <u>57295</u>	km
Hora Chegada <u>01:15</u>	Hora Chegada <u>01:24</u>	Hora Chegada <u>01:48</u>	Hora Chegada <u>01:52</u>	Hora

Vista Origem: Jaque Souza da Silva Vista Destino: Jaque Souza da Silva

Enfermeira: Jaqueline Souza da Silva Enfermeira: Jaqueline Souza da Silva

COREN-SP 345.458 COREN-SP 345.458

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  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

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

### Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

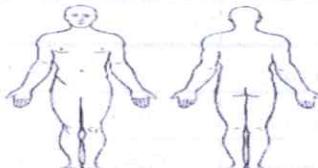
### Resposta Motora

- 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 interações 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 realizar TMO ABD e regressou para o local de origem. Manter AVP em fora cubital e com SFOR 70. *Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Achel*  
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 Achel*  
COREN-SP-279878-ENF

Data 27/10/24

Condutor Socorrista

*[Assinatura]*  
Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - S**

**IVONIZE DO ESPIRITO SANTOS ROSA**

**171832    18/10/1978    FERNANDA ROSA GIACOMETTI**

**00445006264060378**

**1681659**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal <b>3 3 4 1 5 4</b>
4 - Data da Autorização	5-Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira 10 - Nome <i>Fernanda</i>
------------------------	--

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora <b>1</b>	14 - Nome do Contratado <i>Fernanda</i>
--------------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional 10 16
21 - Caráter do Atendimento	17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante
24-Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição <i>ou item assistencial</i>
32-Tipo de Atendimento	27 - Indicação Clínica 28-Qte. Aut. <i>28220</i>

Dados do Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado <i>Fernanda</i>
--------------------------	--

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
------------------------	---

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela 40-Código do Procedimento	41-Descrição
1- 2- 3- 4- 5- 6-	1: 1: 1: 1: 1: 1:	1: 1: 1: 1: 1: 1:	1: 1: 1: 1: 1: 1:	1: 1: 1: 1: 1: 1:

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seq. Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/cCPF <b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67</b>	51-Nome do Profissional <i>Fernanda</i>
---	--

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 2- 3- 4-	3- 4- 5- 6-	7- 8- 9- 10-
----------------------	----------------------	-----------------------

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguel (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 Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Autorizado

52-Consulta

53-Número no Conselho Profissional

54-UF

55-Código CBO

56-Data

57-Hora

58-Motivo de Encerramento do Atendimento

59-Descrição

60-Valor Unitário (R\$)

61-Valor Total (R\$)

62-Fator Red/Acresc.

63-Via

64-Tec.

65-Fator Red/Acresc.

66-Valor Total (R\$)

67-Descrição

68-Valor Total (R\$)

69-Descrição

70-Valor Total (R\$)

71-Descrição

72-Valor Total (R\$)