

Ficha de Acompanhamento

OS
1122.
VTR
318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA CEPOG Solicitante C. Vagos Data 05.09.24

Origem: CEPOG - Hospital x H. U. Cooponra x

Nome: Elza Raimunda Damiano Idade 83 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA 0091705300009008

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>160853</u>	km <u>160944</u>	km <u>161011</u>	km <u>161047</u>	km
	Hora Chegada <u>23:08</u>	Hora Chegada <u>00:18</u>	Hora Chegada <u>01:05</u>	
Hora <u>22:00</u>	Hora Saída <u>23:29</u>	Hora Saída <u>00:30</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>Giovana A. M. Silva</u> <u>2 COREM SP 8577-EMF</u>	Vista Destino <u>Mauro Ricardo Teodoro</u> <u>Enfermeiro</u> <u>COREM SP 367605</u> <u>Mayris</u>	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico 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
<u>23:29</u>	<u>110x8</u>	<u>70</u>	<u>19</u>		<u>36.0</u>	<u>93</u>	

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

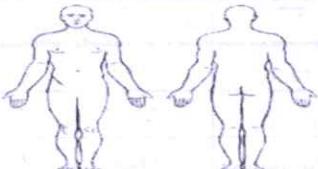
Resposta Motora

- 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									



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 Emiliane de Fátima F. Alves nanni
RG/CPF 35.015.758-3

assinatura

Henrique

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente desorientado porém orientado, acompanhado pelo neto, montando em A.A., CVC em fúgular E resfriado com uso de fralda, posicionamos a paciente em maca e acomodamos em ambulância, realizo monitorizações múltiplas, parâmetros e inicio observação de SSVU que não o momento isto estivera, nem intercorrências no Trajeto, posso plantear para o enfermeiro do hospital Unimed.

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios		R	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

[Assinatura]

Data _____ / _____ / _____

Enfermagem Responsável
Enfermeira
[Assinatura]
CRÉDITO 760299

Data 05/09/24

Condutor Socorrista

[Assinatura]

Data _____ / _____ / _____

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

40010864

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal			
355577				
4 - Data de Autorização	5 - Série	6 - Data de Validade da Série	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	8 -
05/09/2024	7458259	04/11/2024	40010864	
Dados do Beneficiário				
B - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira			
0091.7053000008008	31/07/2025			
10 - Nome				
ELZA RAIMUNDO DAMIANO				
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado			
913	PEREIRA MARCONDES REMOCOES LTDA			
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
AILTON DE PAIVA NETO	06	116696	SP	225125
Dados da Série / Procedimento ou Item Assistencial Solicitados				
21 - Cartório do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Descrição	
ou Item Assistencial	05/09/2024	lep	REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO, COM MEDICO E ENFERMAGEM, PARA SADT, INTERMUNICIPAL, POR KM	
1 - 18	60020881			
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código da Operadora	30 - Nome do Contratado			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença referenciada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Descricao
01	9			
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
Identificação do(s) Profissional(es) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
Observação / Justificativa				
56 - Data da Realização do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Número no Conselho	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxes e Auxílios (R\$)
1 -	3 -	5 -	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
2 -	4 -	6 -	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
Assinatura do Responsável				
65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67 - Assinatura do Contratado	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Responsável
UNIMED GUARATINGUETÁ				