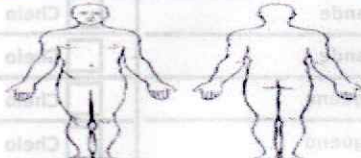


Ficha de Acompanhamento										OS: 1518	
										VTR: 5	
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR						
<input type="checkbox"/> APH	<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT							
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US	<input checked="" type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C. . HIPER	Outro:				
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS										Solicitante: CENTRAL VAGAS	
Data: 12/05/2025											
Origem: HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA SP										X CLINICA PLANI PINDA - PINDAMONHANGABA SP	
X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA SP											
Nome: ALEX MENDONÇA DE MORAIS										Idade: 43	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino										<input type="checkbox"/> Feminino	
SUS/CONVENIO: BRADESCO										NºCARTEIRINHA: 7754201722001	
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 80153		Km: 80160		Km: 80164		Km: 80169		Km: 80176			
Hora Chegada: 09:58		Hora Chegada: 10:28		Hora Chegada: 13:28							
Hora Saída: 10:14		Hora Saída: 13:10		Hora Saída: 13:40							
Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:							
Neurológica		<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza				
Pupilas		<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Midrítrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior				
Respiratória		<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia					
Circulatório		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme						
Abdomem		<input type="checkbox"/> Plano	<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico				
Membros Superior		<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados				
Sinais Vitais											
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW			
Abertura ocular:		Resposta Verbal:				Resposta Motora:					
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6					
<input type="checkbox"/> A dor 2		<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5					
<input type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreências 2				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3					
						<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2					
						<input type="checkbox"/> Nenhuma					
T R A U M A	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		
											
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:						Assinatura					
RG/CPF											

Observações Médicas / Enfermeiros

ADMITIDO O PACIENTE AS 10:00 HS E ENCAMINHADO A CLINICA PLANI PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RESONANCIA E RETORNANDO AO HOSPITAL DE ORIGEM, SEM INTERCORRENCIAS.

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		Outros:			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	Enfermagem Responsável		Condutor Socorrista	
	<p><i>Laury A. Gonzaga</i></p> <p>LAUANY ANTUNES GONZAGA</p> <p>Coren/ 1808995</p> <p>Data ____/____/____</p>		<p>Lucas Henrique</p> <p>LUCAS HENRIQUE DE LIMA MONTEIRO</p> <p>CNH/ 01</p> <p>Data ____/____/____</p>	

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
4 - Data da Autorização		5 - Senha									
Dados do Beneficiário				9 - Validade da Carteira				89 - Nome Social			
8 - Número da Carteira								10 - Nome			
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado				20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
13 - Código na Operadora				16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
15 - Nome do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				90 - Indicador de Cobertura Especial				Dr. Luiz Gustavo Miranda de Car...			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.			
1 -				Remoção de sutura e pontos							
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
Dados do Contratado Executante				30 - Nome do Contratado				31 - Código CNE			
29 - Código na Operadora											
Dados do Atendimento				34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		91 - Regime de atendimento		92 - Saúde Ocupacional	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)									
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF							
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											