

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318.

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

EMPRESA BRONED Solicitante C. J. A. faj Data 12.03.25.

Origem: H.10 JULHO x ZANI PINDO x H.10 JULHO

Nome: Florimette Fuentebella Carlos Idade 52 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-----------------------------|---|---------------------------|--|-------------------|
| km <u>174793</u> | km <u>174793</u> | km <u>174819</u> | km <u>174819</u> | km <u>174826</u> |
| Hora Chegada <u>09:05</u> | Hora Chegada <u>09:37</u> | Hora Chegada <u>10:46</u> | Hora Chegada <u>10:55</u> | |
| Hora Saída <u>09:25</u> | Hora Saída <u>10:32</u> | Hora Saída <u>10:55</u> | Vista Destino Thais Moreira Alves de Souza Siqueira Enfermeira COREN-SP 539385 | Hora <u>11:30</u> |
| Visto Origem <u>Mare</u> | Vista Destino <u>Castelo</u> <u>Coronel Faria 10024</u> | | | |

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

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 Incompréhencivas 2
 Nenhuma 1

Resposta Motora

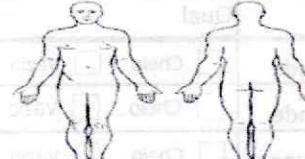
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4
 Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 Nenhuma

| TRAUMA | Descrição | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|--------|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Escoriação | | | | | | | | | |
| Cont | | | | | | | | | | |
| Ferim | | | | | | | | | | |
| Luxa | | | | | | | | | | |
| Frat | | | | | | | | | | |
| Lace | | | | | | | | | | |
| Secç | | | | | | | | | | |

QUEIMADURAS

| | Cab | Pesc | T Ant | Tpos | Perin | Msd | Mse | Mid | Mie |
|-----|-----|------|-------|------|-------|-----|-----|-----|-----|
| I | | | | | | | | | |
| II | | | | | | | | | |
| III | | | | | | | | | |

AUD
MS (EI)



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância 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

09:00h - Chego ao hospital de urgência paciente em trânsito consciente, orientado, vital, respiratória, circulatória, mentais. A 10min MS (E) T 34, transpira fios moles e condensa a caminhonete.

09:10h - (Logo as hospitais do Westino, Moinhos de Vento)

10:50h - Deixo as hospitais de urgência.

10:55h - Retorno no carro.

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

Médico Responsável

Enfermagem Responsável

Condutor Socorrista

Alex

Data ____/____/____

Data 12/03/25

Lucas H

Data 12/03/25

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

2- Nº Guia no Prestador

369529



3 - Número da Guia Principal

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

9 - Validade da Carteira

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN

Fernanda Fuentelba Carlos

14 - Nome do Contratado

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

90 - Indicador de Obertura Especial

27-Qtd. Solic. 28-Qtd. Aut.

Fernanda Fuentelba Carlos

Ana Gómez Abogado

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de atendimento

92 - Saúde Ocupacional

/ Procedimentos e Exames Realizados

37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição

42 - Qtde. 43-Via 44-Tec. 45- Fator Red./Acresc. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)

Professional(is) Executante(s)

48-Part. 50-Código na Operadora/CPF

51 -Nome do Profissional

52-Conselho Profissional

53-Número no Conselho

54-UF 55-Código CBO

56-De Procedimentos em Série

57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58-Significativa

59-Item

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais

65 - Total Geral (R\$)