

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 520

☒ 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 ☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros Resonância

EMPRESA Hosp. Cybor Solicitante Central Vagas Data 10/10/24

Origem: Hospital Cybor x Inst. Santa Rosa x Hospital Cybor

Nome: Gláucia Guslêdo Bellus Idade 91 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 0020013500004002

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 137043	km 137078	km 137079	km 137080	km 137116
	Hora Chegada 10:40	Hora Chegada 11:08	Hora Chegada 13:26	
	Hora Saída 10:59	Hora Saída 13:22	Hora Saída 13:38	
Hora 10:00	Visto Origem <u>Renata Suelen da Conceição dos Santos</u> COREN-SP-78882-ENF	Visto Destino <u>Marissa Zanetti Alves</u> COREN-SP-135358-TR	Visto Destino <u>Renata Suelen da Conceição dos Santos</u> COREN-SP-78882-ENF	Hora 17:20

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 ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfmgia ☐ Bradisfmgia ☐ 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

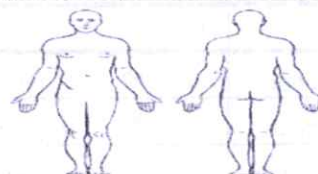
Resposta Motora

- ☐ 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 intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome Maudis Furt Bellus assinatura _____
 RG/CPF 054731318-75

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente devido orientado em ambiente conduzido do H. Cepag para a Clínica Santa Rosa para o exame de Resonância com históricos de 20 quedas para ser investigado segue sem intercorrência em todo trajeto até o retorno do origem.

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

Elisângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793

Data 10/10/24

Condutor Socorrista

Rafael

Data 10/10/24



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

2- Nº Guia no Prestador

3564227

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Alendamento e RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		8 - Nome do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		18 - UF	
8 - Número da Carteira		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		19 - Código CBO	
19 - Assinatura do Solicitante		21 - Nome do Profissional Solicitante		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Assinatura do Profissional Solicitante	
25 - Nome do Contratado		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		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 - Saúde Ocupacional		38 - Valor Unitário (R\$)		39 - Valor Total (R\$)	
40 - Qtd.		41 - Descrição		42 - Via		43 - Fator Red./Acresc.		44 - Valor Unitário (R\$)	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)	
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 (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado	