

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<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 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 checked="" 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 Hosp. cePog Solicitante C. VAGAS. Data 11.09.24
 Origem: cePog x AUGUAPCE x H. cePog.

Nome: SILVIO JOSÉ TORRES BRASIL Idade 72 Contato: 12997295850.

Sexo Masculino Feminino
 SUS / CONVENIO UNIMED. Nº CARTEIRINHA 002000135001205001

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>52542</u>	km <u>52.561</u>	km <u>52580</u>	km
<u>52484</u>	Hora Chegada <u>07:40</u>	Hora Chegada <u>8:35</u>	Hora Chegada <u>12:23</u>	<u>52619</u>
Hora	Hora Saída <u>8:30</u>	Hora Saída <u>12:05</u>	Hora Saída <u>12:40</u>	Hora
<u>6:40</u>	Visto Origem <u>Joyce Aparecida Vieira Rios</u> <u>COREN-SP 780901-ENF</u>	Vista Destino <u>Micheli Aparecida dos Santos</u> <u>CORPO DE FOGO 103 ENF</u>	Vista Destino <u>Joyce Aparecida Vieira Rios</u> <u>COREN-SP 780901-ENF</u>	<u>13:15</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas 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
<u>8:30</u>	<u>130x70</u>	<u>72</u>	<u>77</u>	<u>25</u>	<u>—</u>	<u>100%</u>	<u>—</u>
<u>12:05</u>	<u>160x70</u>	<u>70</u>	<u>75</u>	<u>15</u>	<u>—</u>	<u>100%</u>	<u>—</u>
<u>12:22</u>	<u>160x70</u>	<u>89</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>—</u>	<u>100%</u>	<u>—</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

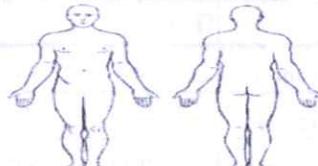
Resposta Motora

- 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									
III									



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 <u>Nelomise de Fátima Alves Brasil</u>	assinatura <u>[Signature]</u>
RG/CPF <u>027.884.307-79</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente 31 de julho fiz limpeza de ferida umbilical e enxoval ento com Bela a 98 dias e hoje estou nado fazer em CAT. e me retornam para o CEPOF chegada Dno Anjovaly 8:35. inicio do CAT. 9:20 sendo feitos do lado D. fui sair terminar da limpeza as 12:05. Sem intercorrência - urinárias fechadas com anel e retorno para a origem.

Michell Apaiva da Silva dos Santos
COREN-SP: 130108 EVA

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	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

Data 12/09/24

Condutor Socorrista

Data 11/09/24

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR
DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT**
40016507

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 355577	3 - Número do Guia Principal	6 - Data de Validade da Série 10/11/2024	7 - Número do Guia Attribuído pela Operadora 40016507
4 - Data de Autorização 11/09/2024	5 - Senha 16006	8 - Validade da Carteira 30/04/2026	9 - Name Social
Dados do Beneficiário		12 - Atendimento e RN N	
B - Número da Carteira 0020.01350012050001		13 - Código na Operadora 913	
10 - Nome SILVIO JOSE TORRES BRASIL		14 - Nome do Contratado PEREIRA MARCONDES REMOCOES LTDA	
Dados do Solicitante		15 - Nome do Profissional/Solicitante Reginaldo Finamor Alvarenga	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 146531	
18 - UF SP		19 - Código CRM 225125	
20 - Atribuição do Profissional/Solicitante		21 - Código da Sociedade 23 - Indicação Clínica sca iam	
22 - Data de Solicitação 10/09/2024		23 - Descrição 25 - Código do Procedimento ou Rem. Assistencial 1 - 18 60020881	
24 - Código na Operadora 90020881		26 - Descrição REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO, COM MEDICO E ENFERMAGEM, PARA SADT, INTERMUNICIPAL, POR KM	
Dados do Consultório Executante		27 - Código CNES	
28 - Código na Operadora		29 - Nome do Consultório	
30 - Código do Procedimento		31 - Código Ocupacional	
32 - Tipo de Atendimento 01		33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo do Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hora Inicial 01		38 - Hora Final 39 - Telefone 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	
42 - Ofício 1 - 2 - 3 - 4 - 5 -		43 - Via 44 - Telc. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(a) Profissional(e) Executante(s)		51 - Nome do Profissional	
48 Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operacional/CNPJ		52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CRM	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - 2 - 3 - 4 -		3 - 4 - 5 - 6 -	
58 - Observações/Justificativa beneficiario no hospital capog sera removido para realizar procedimento na Angiovale em Iorena valor R\$ 1560,00		9 - 10 -	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Materiais (R\$)	
61 - Total de OPME (R\$)		62 - Total de Medicamentos (R\$)	
63 - Total de Serviços (R\$)		64 - Total de Gastos Medicina (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Consultor/Coordenador	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Consultor/Coordenador	
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - IMED GUARATINGUETÁ	