

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 318

☐ 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

EMPRESA U. CASAPAVA Solicitante Data 27.09.24

Origem: 1.1 - U. CASAPAVA x H. 20500 x

Nome: Ana Rita Moreira Souza Silva Idade 32 Contato:

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Nº CARTEIRINHA 8850001738485005

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 162109	km 162154	km 162490	km 162228	km
	Hora Chegada 18:48	Hora Chegada 19:41	Hora Chegada 20:10	
	Hora Saída 19:07	Hora Saída 19:51	Hora Saída	
Hora 18:25	Visto Origem: Nascimento Téc. Enfermagem Coren-SP 124558	Vista Destino Helena Rezende Barbosa COREN-SP 109406	Vista Destino	Hora

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ Filiforme

Abdome ☒ 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
19:39	110/280	95 bpm		15		95%	

## Abertura ocular

- ☒ Espontânea 4  
☐ voz 3  
☐ A dor 2  
☐ Nenhuma 1

## Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incomprêensíveis 2  
☐ Nenhuma 1

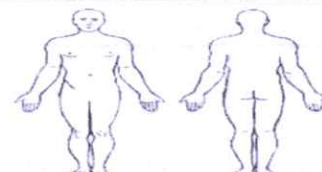
## Resposta Motora

- ☒ Obedece 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 Gláucia de Fátima Moreira

RG/CPF 45 916 318-8

assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente transferida de cagapara para Peinda em  
 ar ambiente, em reidratação no MSE, deitada, orientada,  
 acompanhada pela tia. com queixa de afalega intensa  
 suspiro PVC. *Luciene*

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel  
 COREN-SP-279878-ENF

## 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		

Dr. Lucas Costi  
 Médico Responsável  
 MEDICO  
 CREMESP 260.341

Data

27/09/2024

Enfermagem Responsável  
 Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel  
 COREN-SP-279878-ENF

Data

27/09/24

Condutor Socorrista

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
3 3 4 1 5 4				5 - Senha		198037 09/12/1991 8650001738185005	
4 - Data da Autorização		9 - Validade da Carteira		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora		17 - Número no Conselho		19 - UF	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		19 - UF	
21 - Cartão do 22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		26 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
Atendimento		23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		26 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.	
1 -		1 -		1 -		28 - Qtd. Aut.	
2 -		2 -		2 -		28 - Qtd. Aut.	
3 -		3 -		3 -		28 - Qtd. Aut.	
4 -		4 -		4 -		28 - Qtd. Aut.	
5 -		5 -		5 -		28 - Qtd. Aut.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES			
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela	
1 -		1 -		1 -		40 - Código do Procedimento	
2 -		2 -		2 -		40 - Código do Procedimento	
3 -		3 -		3 -		40 - Código do Procedimento	
4 -		4 -		4 -		40 - Código do Procedimento	
5 -		5 -		5 -		40 - Código do Procedimento	
Identificação do(s) Profissional(is) Excutante(s)		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPP		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Valor Unitário (R\$)		57 - Valor Total (R\$)	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Valor Unitário (R\$)		57 - Valor Total (R\$)	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		59 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		59 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
1 -		3 -		7 -		9 -	
2 -		4 -		8 -		10 -	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		60 - Total de Materiais (R\$)		61 - Total de OPME (R\$)	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		60 - Total de Materiais (R\$)		61 - Total de OPME (R\$)	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$)	

*Dr. Amanda Freire*  
CRM-SP 85386

*Amelioria UTR*