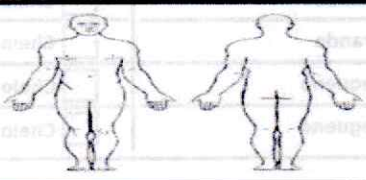


Ficha de Acompanhamento						OS: 1548 VTR: 520 - DUCATO																																																						
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR																																																							
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input checked="" type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM T. C. . HIPER	Outro:																																																					
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS				Solicitante: C Vagas		Data: 22/05/2025																																																						
Origem: HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS   SP				X INSTITUTO DE RADIO VALE PARAIBA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS   SP		X HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS   SP																																																						
Nome: NATASHA TUANE DO NASCIMENTO				Idade: 32		Contato: _____																																																						
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino				<input type="checkbox"/> Feminino																																																								
SUS/CONVENIO: Bradesco				NºCARTEIRINHA: 954240009652007																																																								
Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base																																																								
Km: 142569	Km: 141631	Km: 141636	Km: 12641	Km: 142704																																																								
	Hora Chegada: 12:00	Hora Chegada: 12:30	Hora Chegada: 13:40																																																									
Hora: 10:15	Hora Saída: 12:15	Hora Saída: 13:34	Hora Saída: 13:49	Hora: 13:59																																																								
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:																																																									
<b>Neurológica</b> <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																																																												
<b>Pupilas</b> <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocórica <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior																																																												
<b>Respiratória</b> <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Apneia																																																												
<b>Circulatório</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Tarquicardico <input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Filiforme																																																												
<b>Abdomem</b> <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																																																												
<b>Membros Superior</b> <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados   <b>Membros Inferiores</b> <input checked="" type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados																																																												
<b>Sinais Vitais</b>																																																												
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt																																																					
<b>Abertura ocular:</b>		<b>Resposta Verbal:</b>			<b>Resposta Motora:</b>																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2			<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma																																																							
<b>T R A U M A</b>	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie																																																		
	Escoriação																																																											
	Cont																																																											
	Ferim																																																											
	Luxa																																																											
	Frat																																																											
	Lace																																																											
Secç																																																												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <table border="1" style="width: 45%;"> <thead> <tr> <th colspan="10">QUEIMADURAS</th> </tr> <tr> <th> </th> <th>Cab</th> <th>Pesc</th> <th>T Ant</th> <th>Tpos</th> <th>Perín</th> <th>Msd</th> <th>Mse</th> <th>Mid</th> <th>Mie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>I</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>II</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>III</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <div style="width: 50%; text-align: center;">  </div> </div>											QUEIMADURAS											Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	I										II										III									
QUEIMADURAS																																																												
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie																																																			
I																																																												
II																																																												
III																																																												
<b>Consentimento para transporte de Pacientes</b>																																																												
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

PACIENTE TRANSFERIDO PARA TRATAMENTO DE RADIO, NÃO HOUVE INTERCORRENCIA.



## Materiais Utilizados

**REAL VIDAS**

Pedagios		Outros:			Refeição / Lanche		Sím	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	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	PRISCILA ALVES DOS SANTOS - TEC. TAUBATÉ Coren/ 1143008 Data ____/____/____	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____



1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
			7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
<b>Dados do Beneficiário</b>			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	10 - Nome Natalia Tuane Nascimento
			11 - Cartão Nacional de Saúde
		12 - Atendimento a RN	
<b>Dados do Solicitante</b>			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
		18 - UF	19 - Código CBO
		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>			
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.
1 -		Solicito ambulância simples	28 - Qtde. Aut.
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
<b>Dados do Contratado Executante</b>			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
<b>Dados do Atendimento</b>			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>			
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela
1 -			40 - Código do Procedimento
2 -			41 - Descrição
3 -			42 - Qtde.
4 -			43 - Via
5 -			44 - Téc.
			45 - Fator Red./Acresc.
			46 - Valor Unitário (R\$)
			47 - Valor Total (R\$)
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>			
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
<b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b>			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -		
<b>58 - Observação / Justificativa</b>			
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	
66 - Assinatura do Responsável na Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

Anna Laura de G. G. G.  
Clínica Médica  
CRM-SP 187281