

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

498

☒ 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 RM - membro E

EMPRESA H. Unimed. Campinas Solicitante Central de Urgência Data 09/11/24

Origem: H. Pío XII SJE x WK Toulon x H. Pío XII

Nome: Francisco Rodolfo Fernandes Idade 44 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>58432</u>	km <u>58854</u>	km <u>58894</u>	km <u>58941</u>	km <u>59001</u>
	Hora Chegada <u>7:00</u>	Hora Chegada <u>8:15</u>	Hora Chegada <u>11:08</u>	
	Hora Saída <u>7:25</u>	Hora Saída <u>10:18</u>	Hora Saída <u>11:19</u>	
Hora <u>6:00</u>	Visto Origem <u>CO-SP-291406</u> <u>Sheila M. de Souza Santos</u>	Visto Destino <u>CO-SP-174533</u> <u>Luciane D. Gonçalves</u> <u>Téc. Enfermagem</u>	Visto Destino <u>CO-SP-291406</u> <u>Sheila M. de Souza Santos</u>	Hora <u>12:29</u>

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

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

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☐ 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>7:25</u>	<u>130x80</u>	<u>87</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>—</u>	<u>99%</u>	<u>—</u>
<u>11:00</u>	<u>130x70</u>	<u>85</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>—</u>	<u>98%</u>	<u>—</u>

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

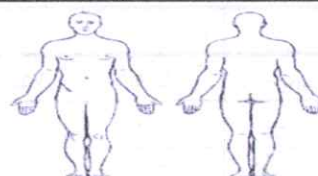
Resposta Motora

☒ 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 Andrielle Fernandes Goulart

assinatura

RG/CPF 227.679.578-67

ASfgoulart

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente lucido Orientado em anamnese sendo encaminhado para exame de R.M. melhor Superior (E). Com O.H. nos específicos, relata não sentir dor, ardência ou qualquer outro sintoma, após o exame retorna para O.H. Rio XHE SJC segue em intercorrência.

Eliângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793

Materiais Utilizados

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	Sim	
	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

Eliângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793

Data

09/11/24

Condutor Socorrista

Carlos

Data

09/11/24



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

2 - Nº 40265071

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Data de Validade da Senha	7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	Francisco Rodolfo Fernandes Gouvier				

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante	Dr. João Victor Pavesoto Siqueira Médico CRM 237536					

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Descrição
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.	
1	24 - Tabela	EDMA NÃO ESPECIFICADO MSE	
2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	Solicito emulância simples para realização de pessonência magnética em serviço externo	
3	26 - Descrição		
4	27 - Qtd. Solic.		
5	28 - Qtd. Aut.		

Dados do Contratado Executante		
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	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red / Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$
1											
2											
3											
4											
5											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sec. Ref. 49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CDF	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 Medicamentos - R\$
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

59 - Total de Procedimentos - R\$	60 - Total de Taxas e Aluguéis - R\$	61 - Total de Materiais - R\$	62 - Total de Medicamentos - R\$	63 - Total de Gases Medicinais - R\$	64 - Total Geral - R\$
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67 - Assinatura do Contratado	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado	70 - Assinatura do Contratado