

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 798.

- BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO SIV - INT

Tipos de Exames

<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM
<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.
Outros				

EMPRESA CEPog Solicitante c. JAGSAS Data 28.01.25

Origem: H. CEPOG. x H. Fazenda ALVORADA. x

Nome: SIMONE CRISTINA D'ATALIVA D. Idade 32 Contato:

SEXO Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED.

Nº CARTEIRINHA 200670000685000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>65218.</u>	km <u>65257</u>	km <u>65261</u>	km <u>65456</u>	km
	Hora Chegada <u>13:47</u>	Hora Chegada <u>14:10</u>	Hora Chegada <u>18:52</u>	
	Hora Saída <u>14:00</u>	Hora Saída <u>14:27</u>	Hora Saída	
Hora <u>13:00.</u>	Visto Origem <u>Enfermeira</u>	Vista Destino <u>Maria Aparecida</u> <u>Americo Geraldo</u> <u>GORE-SP 801410-ENF</u>	Vista Destino	Hora

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>19:00</u>	<u>126x80</u>	<u>78</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.5</u>	<u>99%</u>	

Abertura ocular

- Espontânea 4
 voz 3
 A dor 2
 Nenhuma 1

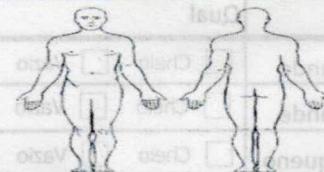
- Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incomprêencivas 2
 Nenhuma 1

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 Gislaine A. O. Vilos
RG/CPF 296.833.168-08

assinatura D. Vilos

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebemos paciente feminina, com quadro de urticaria, com AVP em MSD de medicamentos. Entregamos a paciente A/intercâmbio.

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

Enfermagem Responsável

Condutor Socorrista

Data

Data

Data

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

2- Nº Guia no Prestador

3751539

- Registro ANS	3 - Número da Guia Principal										
- Data da Autorização	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha									
dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
- Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social									
0 - Nome <i>Simone Cristina Catânia Deonisia</i>											
dados do Solicitante		12 - Atendimento a RN									
3 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado										
5 - Nome do Profissional Solicitante											
16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO								
20 - Atendimento do Profissional Solicitante CRM 190.762 ROE 99.827											
Jairo Jamins Vieira											
dados de Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
1 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial								
4-Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	Untero litare distinlus Patiente com necessidade de transferência devido ausência de vagas. Transferência ambulância simples								
27-Qtd. Solic.	28-Qtd. Aut.										
dados do Contratado Executante											
9 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado			31 - Código CNES							
dados do Atendimento											
2-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de atendimento							
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
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				
identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -							
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -							
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							