

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

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

EMPRESA *H. Cebol* Solicitante *Central Viasp* Data *09/10/29*

Origem: *HCEPOG* x *Clinica Psicologica Loren* x *H. Cebol*

Nome: *José Martins Freire* Idade *82* Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO *UMIMED* Nº CARTEIRINHA *0020059800001090*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>163054</i>	km <i>163091</i>	km <i>163507</i>	km <i>163131</i>	km <i>163165</i>
Hora Chegada <i>12:14</i>	Hora Saída <i>13:05</i>	Hora Chegada <i>13:52</i>	Hora Chegada <i>18:10</i>	
Hora Saída <i>13:25</i>	Vista Origem <i>Bruno Ferrari Martins dos Santos COREN-SP - 182.203 - ENF</i>	Hora Saída <i>17:38</i>	Hora Saída <i>18:16</i>	
Vista Destino <i>Bruno Ferrari Martins dos Santos COREN-SP - 182.203 - ENF</i>	Vista Destino <i>Bruno Ferrari Martins dos Santos COREN-SP - 182.203 - ENF</i>			Hora <i>19:05</i>

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 Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

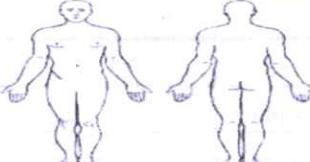
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<i>12:20</i>	<i>130x80</i>	<i>78</i>	<i>18</i>	<i>15</i>			

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> 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 Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece 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

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.

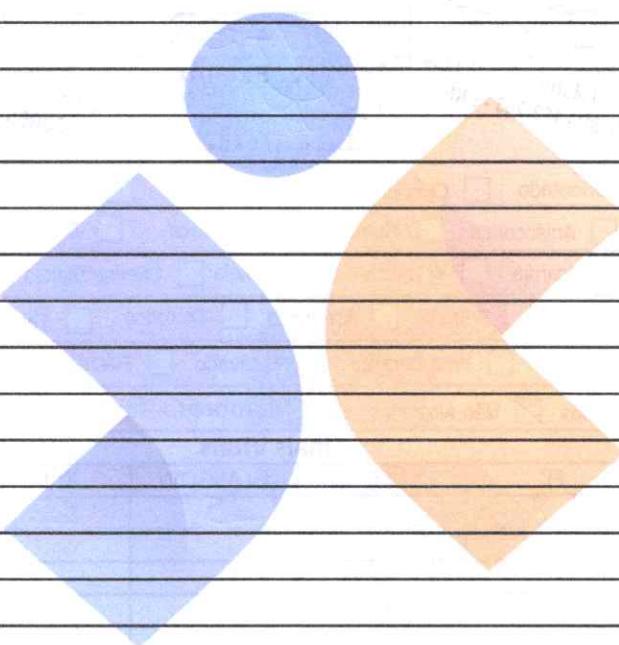
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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 *Juliano AF Mello* assinatura *Juliano AF Mello*
RG/CPF *28600000000-9*

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente lucido, orientado em seu ambiente com dito
e desde ontem as 17:00hs realizadas a observação
clínica, encaminhado para clínica pulmonar,
em decorrência para RNM de Alimentação e logo após
retornar para o Hospital CEPAC. de Oregon.
Sem alterações.



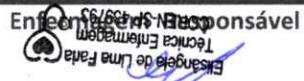
Materiais Utilizados

utilizados) 2 máscaras desfaturadas }
{ 2 par de luvas

Pedagios		Qual	Refeição / Lanche	Sim	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 _____



Data 09/10/29

Condutor Socorrista

Celio
Data 09/10/29

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

2 - Nº Guia no Prestador

40049464

1 - Registro ANS 355577	1 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Série 07/12/2024	7 - Número da Guia Atendida pela Operadora 40049464
4 - Data de Autorização 08/10/2024	5 - Senha 47278	9 - Validade da Carteira 31/10/2025	12 - Atendimento a RN N
6 - Número da Carteira 0020.059800000.090	8 - Nome Social		
10 - Nome JOSE MARTINS FREIRE			
13 - Código na Operadora 2982	14 - Nome do Contratado HOSPITAL CEPOG LTDA	16 - Conselho Profissional 06	18 - UF SP
15 - Nome do Profissional Solicitante Cesar M Zangrandi	17 - Número no Conselho 170760	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Código do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 08/10/2024	23 - indicação clínica pancreatite biliar	24 - Código da Operadora 1 - 18 60018968
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 - 18 60018968	26 - Descrição REMOCAO EM AMBULANCIA SIMPLES ADULTO, COM ENFERMAGEM, PARA SADT, INTERMUNICIPAL, POR KM	27 - Código Soc. 28 - Outr. Aut. 1 1	28 - Data Inicial 37 - Hora Inicial 9
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	32 - Data 01
33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 38 - Hora Final 49 - Tabela	35 - Modo de Encerramento do Atendimento 40 - Código do Procedimento	36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 49 - Grau Part. 49 - Grau Part.
39 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	40 - Código na Operadora/CFF	41 - Descrição	42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tac. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)	51 - Nome do Profissional	52 - Saúde Ocupacional	53 - Número no Conselho
54 - Descrição	55 - Código CBO	56 - Conselho Profissional	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Total de Procedimentos (R\$)	59 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)	60 - Total de Material (R\$)	61 - Total de Medicamentos (R\$)
62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Gera (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização UNIMED GUARATINGUETA	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	