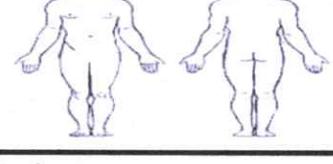


## **Ficha de Acompanhamento**

105

VTR

798.

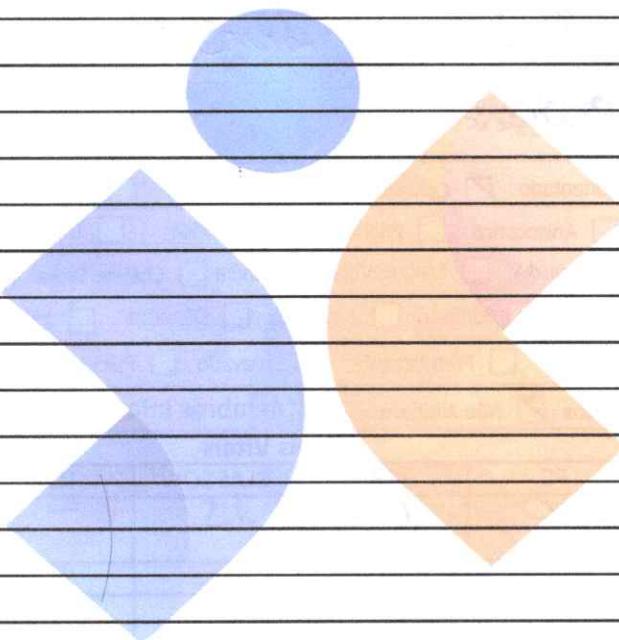
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH			
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR			<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<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		<input type="checkbox"/> Outros				
				<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> TQT/TQM <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> T.C. HIPER.						
EMPRESA <u>H. cePof.</u>				Solicitante <u>C. V. Vargas.</u>		Data <u>24.09.24</u>				
Origem: <u>H. cePof.</u> x				x						
Nome: <u>Thianna Marques S. da Silva</u>				Idade <u>42</u>		Contato:				
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino				<input checked="" type="checkbox"/> Feminino						
SUS / CONVENIO										
Saída Base		Origem		Destino		Destino				
km <u>54452</u>	km <u>54489</u>	km <u>54559</u>		km <u>54644</u> .		km				
		Hora Chegada <u>9:00</u>		Hora Chegada <u>10:25</u>		Hora Chegada				
Hora <u>8:30</u>	Hora Saída <u>9:15</u>	Hora Saída <u>10:15</u>		Hora Saída		Hora				
		Vista Origem <u>Centro de Fartos Amoura</u> COREN-SP 117159 Enfermeira <u>Erika Souza</u>		Vista Destino <u>Silviane Almeida</u> COREN-SP 160963		Vista Destino				
Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente										
Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocorica <input type="checkbox"/> Midriátrica <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior										
Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul										
Circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocadiaco <input type="checkbox"/> Ritimico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasismgia <input type="checkbox"/> Filiforme										
Abdomem <input type="checkbox"/> Plano <input checked="" type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental										
Membros Superior <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados				Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados						
Sinais Vitais										
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt			
<u>130x90</u>	<u>100</u>	<u>12</u>	<u>35</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>			
Abertura ocular		Resposta Verbal				Resposta Motora				
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input 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 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 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 <u>Yessmin Gabriely Soares da Silva</u>								assinatura <u>Yessmin</u>		
RG/CPF <u>551.338.506-97</u>										

## Observações Médicas / Enfermeiros

Pct lucido e ar ab. alvd. dolorosq fez  
 Cintigo Banhstico dia 06/09 no Hops.  
 Drs Dumond Retais p/Hops. S. J. Capes. para  
 analisez Dr. Edmundo Kiko. Dados do H. Goy  
 Bruno P.S.J. Abri.  
 Ods. fysios de Atletisticos Afiliacione  
 In 48 dias de Cintigo paciente De estreiorine

Elysângela de Lima Faria  
 Técnica Enfermagem  
 COREN-SP 439793

Silviane Almeida Coelho  
 Enfermeira  
 COREN-SP 768963  
 jw



## Materiais Utilizados

~~REAL VIDAS~~

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
Data _____

Enfermagem Responsável
Elysângela de Lima Faria Técnica Enfermagem COREN-SP 439793
Data 24/09/29

Condutor Socorrista
Carlos.
Data 24/09/29

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

2- Nº Guia no Prestador

**3697575**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
<b>Dados do Beneficiário</b>					
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	10 - Nome	11 - Cód. da Operadora	12 - Atendimento a RN
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	Alana Vanessa Soares da Silveira	11111111111111111111	11111111111111111111
<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
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>					
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	25 - Descrição	26 - Código CNES
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
27 - Qtd de Medicamentos	28-Qtd de Solic.	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	32 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exame Realizados</b>					
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela 40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtd.
1-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
2-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
3-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
4-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
5-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
<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 Profissional	54-UF	55-Código CBO
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
2-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
3-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
4-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
5-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
<b>56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>					
1-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
2-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
3-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
4-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
5-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
6-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
7-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
8-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
9-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
10-11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
<b>58-Observação / Justificativa</b>					
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aliquídios (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Autorização	70 - Assinatura do Operadora