

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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"/> 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
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER.	

EMPRESA Unimed Taubaté Solicitante Central.lego Data 29-03-25
Origem: UNIMED TAUBATÉ x H2000 x

Nome: Lorena Eduarda Rose Azevedo Idade 62 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Nº CARTEIRINHA NJ.

km	km	km	km
<u>74.380</u>	<u>74390</u>	<u>741109</u>	<u>34440</u>
	<u>18:00</u>	<u>18:10</u>	<u>19:45</u>

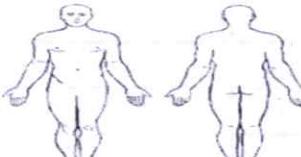
Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input checked="" type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> 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"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
Membros Superior	<input checked="" type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input checked="" type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
				<u>12</u>			

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input checked="" type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input checked="" type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompréencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

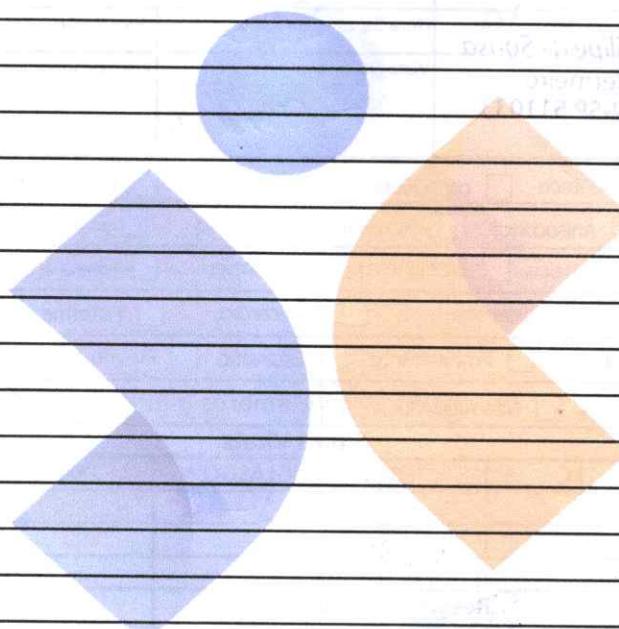
18:08 Reunião paciente Taylor Eduardo Rossi com sua familia
homologação de consentimento e da filha EG-12 paciente permanecendo
de necessidade de intubação e CTG: Sepsis, CTAP
elvisiade SUS

Eliane de Souza
Enfermeira
Cored/SP 183978

18:19 Início de reunião acompanhada da equipe médica e enfermeiros de enfermagem. 18:40 finalização

18:45 Fazendo plantão PI enfermeira Eliane Souza

Eliane de Souza
Enfermeira
Cored/SP 183978



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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou			

Médico Responsável

Enfermagem ~~Residencial~~
Eliane Resende
UFSC/SP 18391

Condutor Socorrista



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
[3.3.4.1.5.4]			
4 - Data da Autorização		5-Semana	
Datas do Beneficiário		8 - Número da Carteira	
Dados do Solicitante		9 - Validado da Carteira	
13 - Código na Operadora		10 - Nome	
15 - Nome do Profissional Solicitante		11 - Cartão Nacional de Saúde	
21 - Carteror do Atendimento		16 - Conselho Profissional	
22 - Data da Solicitação		17 - Número no Conselho	
24-Tabela ou Item Assistencial		18 - UF	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		19 - Código CBO	
26 - Descrição		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
27-Qtd. Solic.		28-Qtd. Aut.	
28-Indicação Clínica		29 - Código CNES	
30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
32-Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo da Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36-Data		37-Hora Inicial	
38-Hora Final		39-Tabela 40-Código do Procedimento	
41-Descrição		42 - Qtd.	
43-Via 44-Tec.		45-Fator Red./A/Resc.	
46-Valor Unitário (R\$)		47-Valor Total (R\$)	
Datas da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		51-Nome do Profissional	
Identificação Itos (Profissional(es) Executante(s))		52-Conselho 53-Número no Conselho Profissional	
48-Seq. Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora(CPF		55-Código CBO	
Fk			
56-Data de Realização de Procedimentos em Série		57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1-1		3 -	
2-1		4 -	
58-Observação - Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)	
Natura do Responsável		60 - Total de Taxes e Aluguel (R\$)	
Assinatura da Autorização		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 Contratado		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	