

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 ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☒ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Promed Solicitante Central Vagos Data 24/03/25

Origem: Rua 10 kulla x Kiperváica x Rua 10 kulla

Nome: anessia Santos Pereira Idade Contato:

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unaderco

Nº CARTEIRINHA 775242000841002

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 73027	km 73038	km 73059	km 73080	km 73088
	Hora Chegada 07:20	Hora Chegada 08:15	Hora Chegada 11:25	
	Hora Saida 07:56	Hora Saida 10:55	Hora Saida 11:40	
Hora 06:50	Visto <u>Thais Moreira Alves de Souza Siqueira</u> Enfermeira COREN-SP 539385	Vista Destino <u>Vilona Das Xavier</u> COREN-SP 001136203-TE	Vista Destino	Hora 12:00

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ consciente ☐ Confuso ☒ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

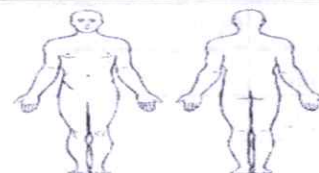
- ☐ Obdece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									

AVP
MS(E)
J-20



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 assinatura
 RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

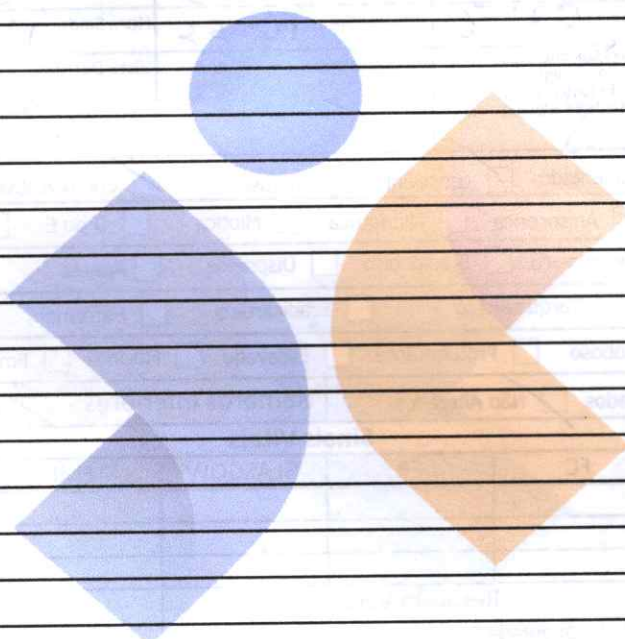
07:20h = Chego ao hospital de origem paciente consciente, orientado, afeto, expulso, normotênico, mantendo AUP em MS(E) 5:00 infelizmente MI(E), limpo e seco.

07:55h = transfere paciente para UTI e conduz o acompanhante.

10:55h = Saio do hospital de destino.

11:25h = Chego ao hospital de origem sem intercorrência.

Quim C. M.



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

Data

Condutor Socorrista

Data

Quim C. M.

24/03/25

Lucas M.

24/3/25

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

3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Sanha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
5 - Sanha		9 - Validade da Carteira		18 - Nome Social			
14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNES	
23 - Indicação Clínica		25 - Descrição		26 - Qtd. Aut.			
22 - Data da Solicitação		24 - Indicação de Atendimento		27 - Qtd. Solic.			
29 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES			
32 - Indicação de Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Hora Inicial		37 - Hora Final		38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Grau Part.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		59 - Total de Gases Médicinas	
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 Médicinas		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado		67 - Total de Gases Médicinas	

Assinatura do Profissional Solicitante
CPF: 123.456.789
Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Assinatura do Contratado

Ambulatório Simples