

Ficha de Acompanhamento

OS 968
VTR 310.

<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"/> 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"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER	Outros			
EMPRESA	H. C. Pog.				Solicitante	Vasas.	Data 11/06/04			
Origem:	A. Cesae				x	Jimed Cocoponc	x			
Nome:	Aline Fornacione Migueira				Idade 37	Contato: 12996068691				
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> Feminino								
SUS / CONVENIO	Jimed									
Saída Base	Origem	Destino		Destino		Chegada Base				
km 154476	km 154549	km 154617		km		km 154663				
Hora 10:30	Hora Chegada 11:35	Hora Chegada 13:00		Hora Chegada		Hora 14:30h				
Hora 12:00	Hora Saída 12:00	Hora Saída 13:15		Hora Saída		Hora				
Visto Origem Renata Suelen da Conceição dos Santos COT/SP-700002-ENF	Vista Destino			Vista Destino						
Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente					
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôrica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior				
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apneia	<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"/> Brasisfmgia	<input type="checkbox"/> Filiforme			
Abdomem	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input checked="" 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			
12:03	143/91	97	19	15	36.20	97%				
12:30	149/76	97	57	15	36.1	97% CN 101min				
13:00	134/120	97	17	15	36.10	97%				
Abertura ocular		Resposta Verbal			Resposta Motora					
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6								
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5								
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4								
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 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 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 Benedicto Odete Leandro Migueira RG/CPF 143971819							assinatura x Bobo			

Observações Médicas / Enfermeiros

12:30h paciente do sexo feminino internado no hospital unifor com quadro PNM paciente clínico internado por sintomas e exames no dia 06/06/24. paciente com comorbidades: HPS (DM) sindrome Wolf, hba com alto da mãe. Ocorre - se constrição, comunicativo, espaco, afetivo. Mantendo CN 5/5min SNE em níveis 0 fixos com variação com alteração pontual, e na regia constante de forma regular, DIF em MSO isolada SUDS serável no momento, fornecendo uso de fôlego de cátivele 1/3. Paciente possui compromisso cognitivo devido a PP em regressão que montouza e em observação. Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

12:30h paciente fêmea, paciente estavel sem sinal cominício. Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

13:00h paciente comorbida no hospital Unifor com quadros de dor, morte pelo SSW estavel, PTI. Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

Materiais Utilizados

3 extempor fuso C.N.

Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

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	Enfermeiro Responsável	Condutor Socorrista
Data 11/06/24	11/06/24	Data / /

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

2- Nº Guia no Prestador

0004389924

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
3 5 5 5 7 7	0 0 0 4 3 8 9 9 2 4

4 - Data da Autorização	5-Senha
10/06/2024	09/08/2024

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
0 2 0 , 9 9 9 9 9 9 9 7 , 9	10 - Nome

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
0 9 1 . 7 0 2 3 . 0 0 0 3 8 3 . 8 5 - 0	PRESTADOR NAO COOPERADO

Dados da Operadora

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
CESAR MARQUES ZANGRANDI	06

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
	10/06/2024	

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
020.00082627-2	PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
0 5 ,	9		1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1- 10 / 06 / 2024	12:20:20	12:20:20	60020881	REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO COM MEDICAMENTOS	1,00				0,00	0,00

1- 10 / 06 / 2024	12:20:20	12:20:20	60020881	REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO COM MEDICAMENTOS	1,00				0,00	0,00
-------------------	----------	----------	----------	---------------------------------------------------	------	--	--	--	------	------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seq. Ref. 49-Gru Part. 50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional

52-Conselho Profissional

53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 10 / 06 / 2024	3- 10 / 06 / 2024	5- 10 / 06 / 2024	7- 10 / 06 / 2024	9- 10 / 06 / 2024
2- 10 / 06 / 2024	4- 10 / 06 / 2024	6- 10 / 06 / 2024	8- 10 / 06 / 2024	10- 10 / 06 / 2024

58-Observação / Justificativa

BENEFICIÁRIA INTERNADA NO HOSPITAL CEPOG SEGURO SOLICITACAO PARA AMBULANCIA UTI PARA HOSPITAL UNIMED CACAPAVA VALOR AMBULANCIA HORA PARADA SE HOUVER /

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguel (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMF (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Responsável pelas AutORIZAçõEs