

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

528

<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	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 H.cepol. Solicitante C. Vafol. Data 28.12.24

Origem: SCASA APARECIDA x H.cepol. x

Nome: HELENA CECILIA LOPES Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED. FENF? Nº CARTEIRINHA 097 0026 0003316974

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>138552.</u>	km <u>138582-</u>	km <u>138587</u>	km	km <u>138624</u>
	Hora Chegada <u>20:14</u>	Hora Chegada <u>20:35</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>20:25</u>	Hora Saida <u>20:50</u>	Hora Saida	
Hora <u>19:</u>	Visto Origem <u>Luis Barreto Ferreira</u> <u>SCOPEN SP 57031 ENF</u>	Micellie Fernanda dos Santos Censo-EP 000437.925 -ENF	Vista Destino	Hora <u>21:41</u>

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  Ritimico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

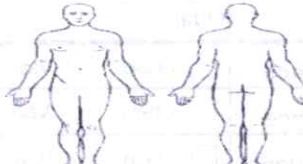
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input 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 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 Incompreensivas 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

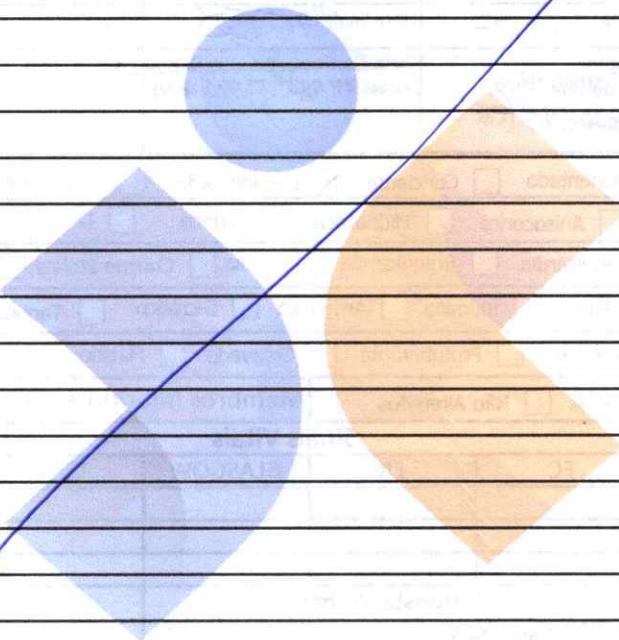
Nome Matheus José da Costa  
RG/CPF 419367638-56

assinatura

Matheus

# Observações Médicas / Enfermeiros

Admitido paciente na sua Casa de Aparecida para transferência ao hospital Cepog com suspeita de um AVC.



## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	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

Rodrigo Alexandre Jacinto  
Franco de Oliveira  
COREN-SP: 940963-af

Data 28/12/24

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

nimed |   
Guaratinguetá

2- N° Guia no Prestador

3469896

1 - Censo	2 - Nome do Beneficiário	3 - Número da Guia Principal	4 - Número da Carteira de Beneficiário	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora								
8 - Nome do Solicitante	9 - Nome da Operadora	10 - Nome	11 - Nome	12 - Atendimento a RN										
13 - Número da Carteira de Beneficiário	14 - Nome do Contratado	15 - Número da Carteira	16 - Validade da Carteira	17 - Número no Conselho Profissional	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante							
18 - Número da Carteira	19 - Nome Social	21 - Cidade S. Cunha	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Descrição	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qnde. Solic.	28 - Qnde Aut.	29 - Indicador de Cobertura Especial	30 - Código CNES			
20 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	21 - Assinatura do Autorizado	22 - Assinatura do Profissional Solicitante	23 - Assinatura do Profissional Solicitante	24 - Assinatura do Profissional Solicitante	25 - Assinatura do Profissional Solicitante	26 - Assinatura do Profissional Solicitante	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Profissional Solicitante	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Profissional Executante	31 - Código CBO			
32 - Nome do Executante	33 - Indicação de Acidente / Doença Relacionada	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de atendimento	37 - Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Vias 44-Tec. 45-Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unidade (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho Profissional	54 - UF	55 - Código CBO
38 - Nome da Operadora	39 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	40 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	41 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	42 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	43 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	44 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	45 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	46 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	47 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	48 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	49 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	50 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	51 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	52 - Execuções / Procedimentos e Exames Realizados
56 - Total de Procedimentos (R\$)	57 - Assinatura do Operadora/CPF	58 - Total de Materiais (R\$)	59 - Total de Alugueis (R\$)	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	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	68 - Assinatura do Autorizado	69 - Descrição / Justificativa	