

Ficha de Acompanhamento

<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"/> 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	
	<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 Hospital Solicitante Rafaela Data 29.05.24

Origem: UPA gusto x CEPof x

Nome: MARIA Heloena V. M. Gonçalves Idade 81 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO unimed FCSL Nº CARTEIRINHA 0970 0022 003215586

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>43741</u>	km	km	km
<u>43672</u>	Hora Chegada <u>17:08</u>	Hora Chegada <u>17:33</u>	Hora Chegada	<u>43789</u>
Hora	Hora Saida <u>17:20</u>	Hora Saida <u>17:37</u>	Hora Saida	Hora
	Visto Origem <u>15:45</u> <u>Thais Satin Rodrigues</u>	Vista Destino <u>Ana Paula D... COREN-SP 0365541-ENF</u>	Vista Destino	<u>18:53</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfgmia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

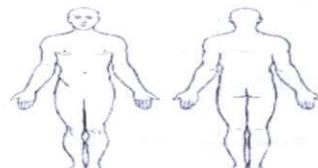
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>17:25</u>	<u>130/60</u>	<u>97</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>—</u>	<u>98,1</u>	<u>—</u>

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input checked="" type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Confusa 4	<input checked="" 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										

TRAUMA	QUEIMADURAS								
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

17:10 Realizada transferência paciente do UPA de São Paulo p/ CROGÉ. Pode ser entendo na obs de 08/05 no UPA que paciente apresentava mala vista e deterioração de nível de consciência, alteração de pulso, perda de força em membro superior direito p/ Q. C. N.D. AVC + insuficiência renal aguda? DRC? + ITU. Nao mantém a lucidez e falação Q. mudiou-se paciente desconexos desapareceram estímulos dolorosos. SSVV idemia idéia palpatória. PA: pulso fisiológico. Tepnuca: DB: Alinhamento: Negó Alívio medicamentoso. Diarreia expulsões em fecal da c/ d. sanguínea AVL em MS (Q) valendo se intercorrências.

17:33 Pessoal já pote p/ Enfermeiro CEPoS -

Jessica de Moura Viana
Enfermeira
COREN-SP 669.65.7

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
		<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		
	02 - Grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável



Data: ___/___/___

Enfermeiro Responsável
Jessica de Moura Viana
Enfermeira
COREN-SP 669.65.7

Data: 29/05/24

Condutor Socorrista



Data: ___/___/___



0970 002200321958 6

MARIA H N M GONCALVES

Nome do Beneficiário

0970
Atend

25/06/1942
Data de Nascimento

COLETIVA
Acomodação

NÃO HÁ
Cobertura Parcial Temporária

UNESP SAUDE
Contratante

NACIONAL
Abrangência

05
Via

REGULAMENTADO
Plano

01/12/2013
Vigência do plano

NA04 BÁSICO
Rede de Atendimento

30/11/2025
Validade

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
Segmentação Assistencial do Plano

Válido somente com apresentação do documento de identidade

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no www.unimedfesp.coop.br e no tel. 0800 772 3030

LIGUE PARA ATENDIMENTO 24 HORAS - 0800 772 3030

SEM CARÊNCIAS A CUMPRIR

SAC
0800 772 3030

ANS - nº 319996

Num. Reg. ANS 319996
Pcd. ANS 479019171

CNS 705201461880975