

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 398

<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	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

CLIENTE H. celo... Solicitante Lentil de Jager Data 06/05/2025

Origem: Oe poy x Unimed Ferro x

Nome: Daici de Souza Lameira Pereira Idade 76 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Fer Nº CARTEIRINHA 0970 0032001630839

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>79.808</u>	km <u>79.861</u>	km <u>79.</u>	km	km <u>79043</u>
	Hora Chegada <u>01:00</u>	Hora Chegada <u>01:34</u>	Hora Chegada	
Hora <u>00:10</u>	Hora Saída <u>01:15</u>	Hora Saída <u>01:46</u>	Hora Saída	Hora <u>02:45</u>
	Visto Origem <u>Cláudia da M. Alves</u> <u>COREN-SP 207.376 - ENF</u>	Vista Destino <u>Maria do Carmo da Silva</u> <u>24556 - ENF</u>	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado consciênte Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico 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
<u>01:05</u>	<u>180x80</u>	<u>71</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>99.1</u>	<u>-</u>

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

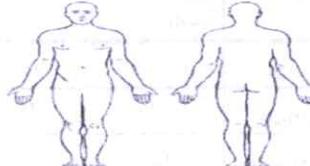
Resposta Motora

- 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	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.

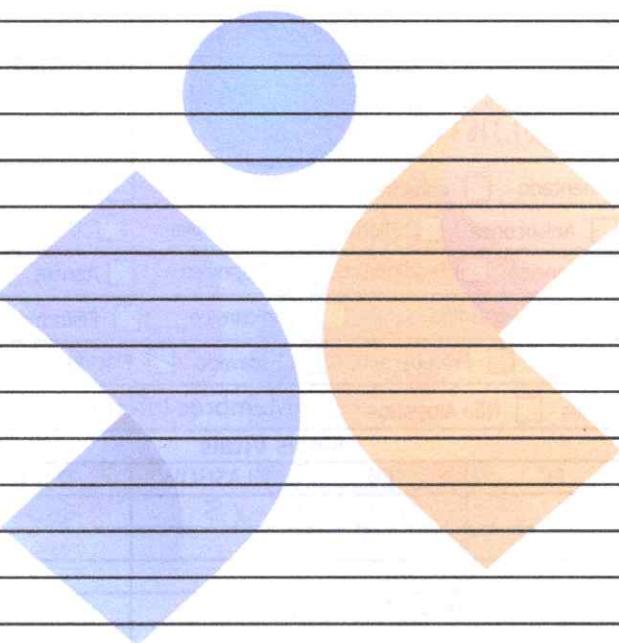
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome <u>Carmen Silveira Lameira Pereira - Enfermeira</u>	assinatura
RG/CPF <u>830-613-398-68</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

01-05-2023 Paciente encontra-se em leito de sala de emergência. Apresenta-se com glasgow 15, pupilas irregulares, eupneia em AA, hemodinamicamente estável. Manicais AVPU em uso sem sinais flogísticos, alic e edemacidos. Foi medicado em maca de transporte e realizados transfusões haptoláricas e anticoagulantes.

Daniela da Oliveira Moraes
Enfermeira
COREN - SP 698661



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

Data 06/105/23

Condutor Socorrista

Data 06/105/23

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

3734205

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira	9 - Validez da Carteira	10 - Nome	11 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário				
12 - Nome do Contratado				
13 - Código na Operadora				
14 - Nome do Contratado				
15 - Nome do Profissional Solicitante				
16 - Conselho Profissional				
17 - Número no Conselho				
18 - UF				
19 - Código CBO				
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
21 - Caráter do Atendimento				
22 - Data da Solicitação				
23 - Indicação Clínica				
24- Tabela 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial				
26 - Descrição				
Ambulância Simples				
27-Qnde. Solic.				
28-Qnde. Aut.				
29 - Código na Operadora				
30 - Nome do Contratado				
31 - Código CNES				
32-Tipo de Atendimento				
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				
34 - Tipo de Consulta				
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
36-Data				
37-Hora Inicial				
38-Hora Final				
39-Tabela 40-Código do Procedimento				
41-Descrição				
42 - Qnde.				
43-Via 44-Tec.. 45- Fator Red/Acresc.. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)				
48-Sq Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF				
51-Nome do Profissional				
52-Conselho Profissional				
53-Número no Conselho Profissional				
54-UF 55-Código SBO				
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58-Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (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 Beneficiário ou Responsável				
67 - Assinatura do Contratado				