

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

708

<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"/> CPRS	<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	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.I. cel/BG Solicitante Cuspas Data 31/12/24

Origem: Hosp Cereox x Hop. Fri. Galvão x

Nome: José Montino Idade 83 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Nº CARTEIRINHA 00200598000001090

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>62515</u>	km <u>62551</u>	km <u>62554</u>	km	km
	Hora Chegada <u>15:15h</u>	Hora Chegada <u>15:40h</u>	Hora Chegada	

Hora 14:40 Hora Saida 15:35 Hora Saida 16:03h Hora Saida

Visto Origem Chudinea Alves Balieiro COREN-SP 306.688-ENF Vista Destino Aline Aparecida de Faria Bernardino de Oliveira SP-441107-ENF

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Bradicardia Apréia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfemia Brasisfemia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

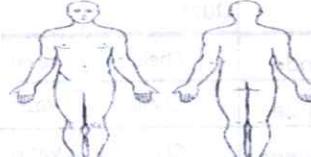
Sinais Vitais

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 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.

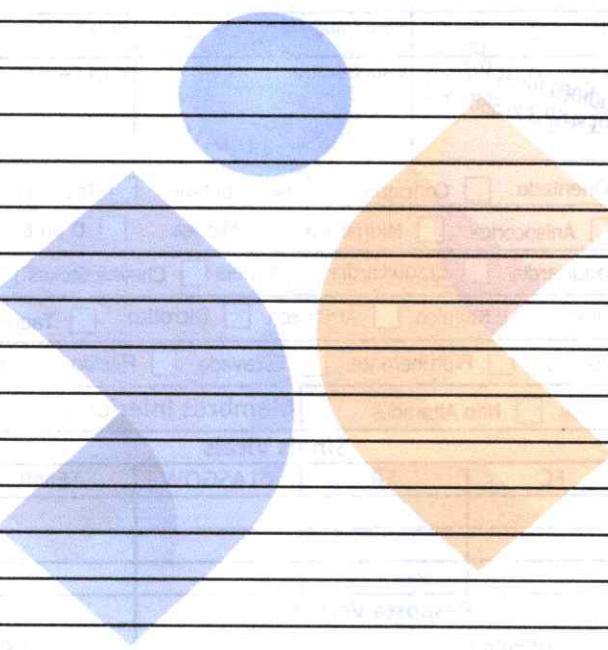
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente transportado do Gepox para Hosp. Frei Galvão em 02/12/2024, mantendo AV Prolongada em fossa cubital de remanentes flogísticos. Sintoma orientado.

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Acke
COREN-SP-279878-ENF



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

Maria Célia M. Bustamante
Médica

Data

3/12/24

Enfermagem Responsável

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Acke
COREN-SP-279878-ENF

Data

31/12/24

Condutor Socorrista

Wit Fennando

Data

31/12/24

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

2- Nº Guia no Prestador

3564469

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				
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	10 - Nome	12 - Atendimento a RN
Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	Dr. Cesar M. Zangrandi	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	28-Qtdc. Aut.
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	CRMSP - 170760	18 - UF	19 - Código CBO
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	26 - Descrição	27-Qtdc. Solic.
24-Tabela	25-Código do Procedimento ou Item Assistencial	Transfusion	Solicto Anestesia Urtigo	28-Qtdc. Aut.
1 -	1 -			
2 -	2 -			
3 -	3 -			
4 -	4 -			
5 -	5 -			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES		
Dados do Atendimento				
32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo da Encerramento do Atendimento	91 - Regime de atendimento
				92 - Saúde Ocupacional
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48-Seq. Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF 55-Código CBO
1 -	1 -			
2 -	2 -			
3 -	3 -			
4 -	4 -			
5 -	5 -			
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
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 Responsável pela Autorização				
68 - Assinatura do Contratado				