

Ficha de Acompanhamento

OS 123F
VTR 798

<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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input 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 Unimed Guararema Clínica Solicitante C. Vargas Data 22.11.24

Origem: Hosp. Clínica x Clínica São Roque x Hosp. Clínica.

Nome: Jeferson da Silveira Paula Idade 39 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Foz Vale Nº CARTEIRINHA 9700019001914392

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>60264</u>	km <u>60204</u>	km <u>60205</u>	km <u>60206</u>	km <u>60243</u>
Hora <u>14:00</u>	Hora Saída <u>15:10</u>	Hora Chegada <u>15:16</u>	Hora Chegada <u>16:20</u>	Hora <u>17:15</u>

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnético	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul
Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritímico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasisfmgia <input type="checkbox"/> Filiforme
Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados

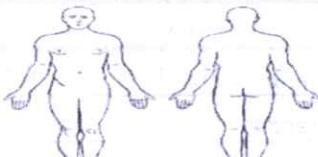
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>15:15</u>	<u>120x70</u>	<u>60</u>	<u>17</u>	<u>15</u>	<u>-</u>	<u>98</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 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 1

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

QUEIMADURAS	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.

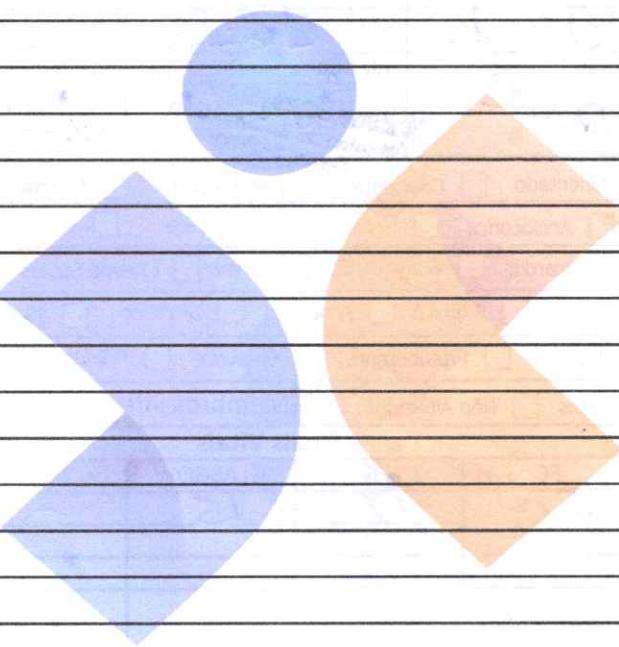
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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>Erica da Souza Paula</u>	assinatura <u>SP</u>
RG/CPF <u>351685 758 70</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Pacientes encaminhados para o Hospital.
São realizadas transferências de UTI para Unidade Permanente
de Crânio e Vertebral no Instituto Sóto Pasa.
e logo após retornam a origem.



Materiais Utilizados

M - 15:00 - 16:23

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	<i>Rafael</i> <i>45930</i>
Data	22/11/24

Enfermagem Responsável	<i>Ellisângela de Lima</i> <i>Enfermeira</i> <i>COREN-SP: 601.972</i>
Data	22/11/24

Condutor Socorrista	<i>Laura</i>
Data	22/11/24

Sergio Gussen

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

2 - Nº Guia no Prestador

3702058

- Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	
- Data de Autorização	5 - Senha	
6 - Data de Validade da Série		
7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora		
Número de Carteira		
8 - Nome Social		
9 - Validade da Carteira		
10 - Nome		
11 - RG/CPF		
12 - Atendimento a RN		
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		
21 - Assinatura do Representante		
22 - Data da Solicitação		
23 - Indicação Clínica		
24 - Código na Operadora		
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		
26 - Descrição		
27 - Qtd. Solt.		
28 - Código Aut.		
29 - Indicador de Cobertura Especial		
30 - Nome do Contratado		
31 - Código CNES		
32 - Régime de atendimento		
33 - Indicação do Admitido (incidente ou doença relacionada)		
34 - Tipo de Consulta		
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
36 - Data de Encerramento do Atendimento		
37 - Horário Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição		
42 - Qtd.		
43-Via 44-Fec. 45-Fator Red./Acresc. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)		
48 - Código na Operadora		
49 - Assinatura do Profissional		
50 - Assinatura do Representante		
51 - Nome do Profissional		
52-Conselho Profissional		
53-Número no Conselho		
54-UF		
55-Código CBO		
60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)		
61 - Total de Materialis (R\$)		
62 - Total de OPME (R\$)		
63 - Total de Medicamentos (R\$)		
64 - Total de Gasosa Medicinais (R\$)		
65 - Total Geral (R\$)		
66 - Assinatura do Contratado		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
68 - Assinatura do Contratado		
Total de Procedimentos (R\$)		
Assinatura do Responsável pela Autorização		
Observação Justificativa		