

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

<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 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"/> CPS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros	<i>Ressonancia</i>
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA *Hosp. Líder* · Solicitante *Central Vagas* Data *10/10/24*

Origem: *Hospital Líder* x *Inst. Santa Rosa* x *Hospital Líder*

Nome: *Flávio Graciliano Bellus* Idade *91* Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO *Eunice* Nº CARTEIRINHA *0020 Q135 0000 402*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>137043</i>	km <i>137078</i>	km <i>137079</i>	km <i>137080</i>	km <i>137116</i>
	Hora Chegada <i>10:40</i>	Hora Chegada <i>11:08</i>	Hora Chegada <i>13:26</i>	
Hora <i>10:00</i>	Hora Saída <i>10:59</i>	Hora Saída <i>13:22</i>	Hora Saída <i>13:38</i>	
	Vista Origem <i>Renata Sue Linda Conceição dos Santos COREN-SP-100002-ENF</i>	Vista Destino <i>Messias Juntado Alves COREN-SP-1353587-TE</i>	Vista Destino <i>Renata Sue Linda Conceição dos Santos COREN-SP-100002-ENF</i>	Hora <i>14:20</i>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnético Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

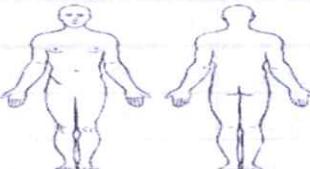
Sinais Vitais

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 Incomprêncivas 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 *Márcio José Bellus* assinatura *[Assinatura]*
RG/CPF *054731318-75*

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente encalado orientado em um ambiente conduzido do H. Cepog para a clinica Santa Rosa para o exame de gassometria com resultados de 20 graus para ser investigado se que houve intercorrência em todos horários ate o retorno de origem.

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

Data

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793

Data

Condutor Socorrista

Data

Rafael

10/10/24

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

2- Nº Guia no Prestador

3564227

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal			
4 - Data da Autorização	5-Senharia			
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
10 - Nome	11 - Sobre Nome	12 - Atendimento a RN		
<i>Gilmar Goulart Billups</i>				
Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado			
<i>Alvarenga Soluções</i>				
Dados da Execução / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	<i>Andréia Silveira Lechner</i>	27 - Orte. Solic.	28 - Orde. Aut.
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado			
<i>Alvarenga Soluções</i>				
Dados do Atendimento				
32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de atendimento
<i>92 - Saúde Ocupacional</i>				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela 40-Código do Procedimento	41-Descrição
1- 2- 3- 4- 5-	1- 1- 1- 1- 1-	1- 1- 1- 1- 1-	1- 1- 1- 1- 1-	1- 1- 1- 1- 1-
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		
1- 2- 3- 4-	1- 1- 1- 1-	1- 1- 1- 1-	1- 1- 1- 1-	1- 1- 1- 1-
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1- 2-	3 - 4 -	5 - 6 -	7 - 8 -	9 - 10 -
58-Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxes e Aluguel (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 Responsável ou Autorizado				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				