

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

338

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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"/> | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> | <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

CLIENTE ACL Remoções Solicitante Central Jogaç Data 24/04/25
 Origem: Policlin Jundiaí x P. Vivale SJC x

Nome: Jeda Lenesita de Toledo Idade 56 Contato:

Sexo Masculino FemininoSUS / CONVENIO Sus américaNº CARTEIRINHA 03898019478390025

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|--|------------------------------|------------------|---------------|------------------|
| km <u>178808</u> | km <u>178817</u> | km <u>178864</u> | km | km <u>178915</u> |
| Hora Chegada <u>20:40</u> | Hora Chegada <u>22:15</u> | Hora Chegada | Hora Chegada | km |
| Hora Saída <u>21:30</u> | Hora Saída <u>22:40</u> | Hora Saída | Hora Saída | Hora |
| Visto Origem <u>Lilia Paula do Nascimento</u> <u>Aux. de Enfermagem</u> <u>Coron-SP: 63120</u> | Vista Destino <u>Jundiaí</u> | Vista Destino | Vista Destino | <u>00:01</u> |

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas 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>98%</u> | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

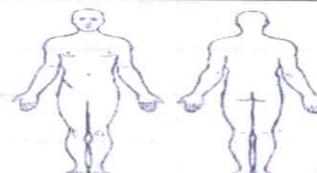
- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

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 | | | | | | | | | |

RUP
MJD
J=20



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 | assinatura |
| RG/CPF | |

Observações Médicas / Enfermeiros

20:40h - Chegou ao hospital de origem, paciente em leito em enfermaria, consciente, orientada, mantendo rotação de 0 a 90°/min, reflexo pupilar normalizado, AVP em MSLD 3 = 20, transferiu para maca e conduzido para anelônico.

22:15h - Chegou ao hospital de destino, disse paciente aos cuidados do Dr. Pepe

21:30h - Saída do hospital de origem. Paciente LORE, Glasgow 5, AAA - AR ruiva e direitos cefálico em basa. ACV RCR 2T DNF SI SS em ESS PA 102x63 FC 54 Sat 97%. CNOS 2L/min Sem queixas no momento. (Paciente estava em leito de enfermaria, sem médico perto na pessoa ou casa). 23:15h - Chegada ao hospital destino. Fazendo o caso ao Dr. Rafael Cipriano. Transporte com intercorrências.

Dra. Flora Silva Lopes Letto
Médica
CRM-SP 181.533

02:40 = paciente usando a 30°/min.
02:40

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 | | |
| Dra. Flora Silva Lopes Letto | | |
| Médica | | |
| CRM-SP 181.533 | | |
| Data | / | / |

| | | | | |
|------------------------|----|----|---|----|
| Enfermagem Responsável | | | | |
| Aline C. M. | | | | |
| Data | 29 | 04 | / | 25 |

| | | | | |
|---------------------|----|----|---|----|
| Condutor Socorrista | | | | |
| LUCAS H | | | | |
| Data | 29 | 04 | / | 25 |

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

Para preenchimento dos campos sonhados, consultar o Manual de Orientação ao Prestador.

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4342543



| | | | |
|---|---|--|--|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuída |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendido | | |
| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | |
| Dados do Beneficiário | Dados do Solicitante | Dados da Operadora | Dados do Contratado |
| 13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado | 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados | 17 - Número no Conselho | 18 - UF |
| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional |
| Dados do Contratado Executante | Dados da Execução | 23 - Indicação Clínica | 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial |
| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 26 - Descrição | 27 - Qtd. Solici. |
| Dados do Atendimento | Dados do Executivo | 31 - Código CNES | 28 - Qtde. |
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados | Dados da Execução | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento | |

| | | | | | | |
|--|---|----------------|---------------|--|---------------------------|--|
| 36 - Data | 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código de Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde. | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total(R\$) |
| 1 - / / / / / | 1 - / / / / / | 1 - / / / / / | 1 - / / / / / | 1 - / / / / / | 1 - / / / / / | 1 - / / / / / |
| 2 - / / / / / | 2 - / / / / / | 2 - / / / / / | 2 - / / / / / | 2 - / / / / / | 2 - / / / / / | 2 - / / / / / |
| 3 - / / / / / | 3 - / / / / / | 3 - / / / / / | 3 - / / / / / | 3 - / / / / / | 3 - / / / / / | 3 - / / / / / |
| 4 - / / / / / | 4 - / / / / / | 4 - / / / / / | 4 - / / / / / | 4 - / / / / / | 4 - / / / / / | 4 - / / / / / |
| 5 - / / / / / | 5 - / / / / / | 5 - / / / / / | 5 - / / / / / | 5 - / / / / / | 5 - / / / / / | 5 - / / / / / |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) | | | | | | 52 - Conselho Profissional |
| 48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CIF | | | | | | 53 - Número no Conselho |
| 50 - Nome do Profissional | | | | | | 54 - UF |
| 55 - Código CB | | | | | | |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | | | | | | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 1 - / / / / / | 3 - / / / / / | 5 - / / / / / | 7 - / / / / / | 9 - / / / / / | | |
| 2 - / / / / / | 4 - / / / / / | 6 - / / / / / | 8 - / / / / / | 10 - / / / / / | | |
| 58 - Observação / Justificativa | | | | | | 60 - Total de Taxes e Alugueis (R\$) |
| 59 - Total de Procedimentos (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 |
| 68 - Assinatura do Referenciado (Via Azul) | | | | | | 69 - Assinatura do Referenciado (Via Azul) |