

Ficha de Acompanhamento

OS

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 Promed Santa Apolé Solicitante Lentil Vargas Data 19/12/24
 Origem: H. São João x Pilani Pinda x H. São João.

Nome: Ariamith Adelene Santos Silveira Idade 18 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO MED Service

Nº CARTEIRINHA 9505678252158023702

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>62065</u>	km <u>62073</u>	km <u>62077</u>	km <u>62081</u>	km <u>62089</u>
Hora <u>12:55</u>	Hora Saida <u>13:32</u> Visto Origem <u>Jasminete S. da Cunha</u>	Hora Saida <u>13:42</u> Vista Destino <u>Enfermeira C. G. da Cunha</u>	Hora Saida <u>15:45</u> Vista Destino <u>Jasminete S. da Cunha</u>	Hora <u>16:30</u>

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôrica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritímico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfmgia
Abdomem	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido
Membros Superior	<input checked="" type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados

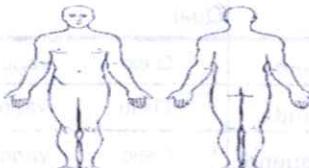
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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 <u>Valnair P. Santos</u>	assinatura
RG/CPF <u>082.981 388 55</u>	<u>Valnair S.</u>

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente encalhado, orientado, com Alergias na ITI (1).
Sob suspeita de choque anafilático TC. Criação de
coágulo; em imobilização para transferir paciente para
ambulância para clínica. Plano é levar
retorno para hospital do Rio de Janeiro.

Obs: realizados constatação. Data: 601.917

Eliangela de Lima Faria
Enfermeira
COREN SP: 601.917

M - 13:40

T - 16:40

Materiais Utilizados

2 Pan de lume

2 Máscaras

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
Luis Henrique de Almeida
Dr. HENRIQUE
Data 19/12/29

Enfermagem Responsável
Eliangela de Lima Faria
Enfermeira
COREN SP: 601.917
Data 19/12/29

Condutor Socorrista
Luis Fernando
Data 19/12/29

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

336030

2- Nº Guia no Prestador

3 - Número da Guia Principal										
4 - Número da Guia de Executante										
5 - Senha										
6 - Data de Validade da Senha										
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora										
8 - Nome Social	Anicílio Roberto Sento Silveira									
9 - Validade da Carteira										
10 - Telefone										
11 - Endereço										
12 - Atendimento a RN										
13 - Profissão										
14 - Nome do Contratado										
15 - Conselho Profissional										
16 - Conselho Profissional										
17 - Número no Conselho										
18 - UF										
19 - Código CBO										
20 - Assinatura do Profissional Solicitante										
21 - Indicação Clínica										
22 - Data da Solicitação										
23 - Descrição										
24 - Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados										
25 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)										
26 - Motivo de Encerramento do Atendimento										
27 - Qtd. Solic.										
28 - Qtd. Aut.										
29 - Indicador de Cobertura Especial										
30 - Nome do Contratado										
31 - Código CNES										
32 - Régime de atendimento										
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)										
34 - Tipo de Consulta										
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento										
36 - Saída Final										
37 - Hora Inicial										
38 - Hora Final										
39 - Código do Procedimento										
40 - Código do Procedimento										
41 - Descrição										
42 - Qtd.										
43 - Via 44-Tec.										
44 - Fator Red./Acresc.										
45 - Valor Unitário (R\$)										
46 - Valor Total (R\$)										
47 - Valor Total (R\$)										
48 - Conselho Profissional										
49 - Conselho Profissional										
50 - Código na Operadora/CPF										
51 - Nome do Profissional										
52 - Conselho Profissional										
53 - Número no Conselho Profissional										
54 - UF										
55 - Código CBO										
56 - Total de Medicamentos (R\$)										
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
58 - Número de Procedimentos em Série										
59 - Número de Procedimentos em Série										
60 - Total de Taxas e Aliquídios (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\$)										

Justificativa