

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

758

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <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"/> 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"/> TOT/TOM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. | |

EMPRESA HOSP. CEBOG. Solicitante Recepção C. VAGAL. Data 23.06.24

Origem: UPA SURIA x NBSP. CEBOG GUARÉ x

Nome: WALDIR FERNANDES TOLEDO Idade 80 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMCS Nº CARTEIRINHA 020.0135001280005

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|--------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------|--------------|
| km | km <u>45830</u> | km <u>45834</u> | km | km |
| <u>45791</u> | Hora Chegada <u>11:50</u> | Hora Chegada <u>12:10</u> | Hora Chegada | <u>15870</u> |
| Hora | Hora Saída <u>11:55</u> | Hora Saída <u>12:25</u> | Hora Saída | Hora |
| | Visto Origem <u>Assinatura</u> | Vista Destino <u>Assinatura</u> | Vista Destino | <u>13:03</u> |
| <u>11:00</u> | | | | |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasismgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

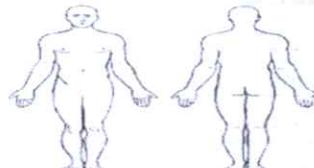
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

| Sinais Vitais | | | | | | | |
|---------------|---------------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|----------|
| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
| <u>11:50</u> | <u>100/70</u> | <u>80</u> | <u>15</u> | <u>15</u> | <u>-</u> | <u>96%</u> | <u>-</u> |
| <u>11:59</u> | <u>111/76</u> | <u>88</u> | <u>15</u> | <u>15</u> | <u>-</u> | <u>93%</u> | <u>-</u> |

| Abertura ocular | Resposta Verbal | Resposta Motora |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 | <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 | <input checked="" 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 | Description | 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 | assinatura |
| RG/CPF | |

Observações Médicas / Enfermeiros

11:50 Recepção pôde ser feita de Emergência no UPA late Júlio, em duto, b.d. temperatura a 35°; calma, tranquila, turgorico, urinaria; náuseas/naus; cefaleia, h. dor de flacidez (3). S. fui com na momento. Deu intubação no UPA dia 22/10/2014 in nata. O sinal mais doloroso preceudente no pulmão. Tóquicardia, fácial, trânsito intestinal lento na madrugada e melhora das sintomas, manteve em observação e pedida para transferido p/ UTI do CEPOG.

Jessica de Moura Viana
Enfermeira
COREN-SP 669.65.7

12:00h - Realizado transferência do paciente, sem intercorrências Admitido no UTI do CEPOG, sob os cuidados do Dr. Jorge.

Camila Molina da Silva
Médica
CRM 179270

Pôde visualizar o teto com 4 ondas de silêncio + 2 ondas de batimentos cardíacos e um hálito murmurante. Nega sangue, lat Box e alteração medicamentosa. Fazura de flap + tristeza; FCT icterico prurito constante baixado; Montanha óstio. SBV dentre das paroxísticas; APR em MS (2) baixo Godot. Em sua voz propagada. Foi transferido para internação, durante no cérebro para cuidados na UTI.

Jessica de Moura Viana
Enfermeira
COREN-SP 669.65.7

HQ: IAM e suspeita ST

Materiais Utilizados

| | | | | | | |
|----------|--------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|--|
| 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

Jessica de Moura Viana
Enfermeira
COREN-SP 669.65.7

Data 23/10/2014

Condutor Socorrista

Data _____/_____/_____

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

3 5 5 5 7 7

4 - Data da Autorização

5-Série

6 - Número da Carteira

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Validade da Série

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cadastro Nacional de Saúde

12 - Atendimento à 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 Solicitante

21 - Conselho do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24-Título

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Órgão Soc.

28-Órgão Aut.

30 - Nome do Contratado

32-Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consumo

35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

36-Data

37-Hora Inicial

38-Hora Final

39-Tabela

40-Código do Procedimento

41-Descrição

42 - Qnt.

43-Via

44-Tec.

45-Fator Red/Acrec.

46-Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)

NOMES DOS BENEFICIÁRIOS
BENEFICIÁRIO NA UPA FOI REMOVIDO PARA HOSPITAL CEPOG

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguel (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Administrador do Responsável pelo Atendimento

67 - Administrador do Beneficiário ou Responsável

68 - Administrador do Contratado