

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

<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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/>	<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"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN
						<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	<input type="checkbox"/> Outros

EMPRESA Hop. UNIMED Carapava Solicitante Control de Viagens Data 09/10/24

Origem: Hop. UNIMED Carapava x 10 milhoes Pindamonhangaba x

Nome: David de Oliveira Náthali Idade 62 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Nº CARTEIRINHA 0407800001107007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 55695	km 55741	km 55778	km	km
Hora 9:30h	Hora Chegada 21:45h	Hora Chegada 22:35h	Hora Chegada	-
Hora Saída 22:07h	Hora Saída 22:43h	Hora Saída	-	-
Visto Origem <u>Liliane Ferreira</u> <u>Enfermeira</u>	Vista Destino <u>Samantha de Lima Rezende</u> <u>COREN-SP 507.764-ENF</u>	Vista Destino	-	-

Neurológica Lúcido Orientado P 32580 Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnético Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico 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
21:48		86		15		95%	
				15			

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

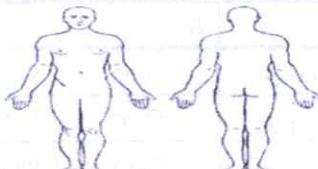
Resposta Motora

- 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									

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 Joelma Mariana de Oliveira

RG/CPF 309 693 99839

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em transporte acompanhado da esposa com
paciente menor perfunco em MSJ. CVD baixa glicose
com suspeita de hipoglicemia.

Londres
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel
COREN-SP-279878-ENF

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Dr Lucas Costi

Médico Responsável
CREMESP 260.341

Data 09/10/2024

Enfermagem Responsável

Londres
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel
COREN-SP-279878-ENF

Data _____

Condutor Socorrista

Data _____

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

1669131

2.- №

1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 4 	3 - Número da Guia Principal 60 - Total de Procedimentos (R\$)
4 - Data da Autorização 14/7/2020	5-Senha 04078000001107007
Dados do Beneficiário DAVID DE OLIVEIRA NATALI	6 - Data de Validade da Senha 13/03/1962
8 - Número da Cia LUZIA DE OLIVEIRA NATALI	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11 - Cardão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante 13 - Código na O	12 - Atendimento à RN Daniel de Oliveira Natali
Nome Daniel de Oliveira Natali	
15 - Nome do Profissional Solicitante David de Oliveira Natali	
16 - Conselheiro Profissional 0 6 	
17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional	
21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica Androfônia	
24-Tableta 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição VST
1 - 2 - 3 - 4 - 5 -	
Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora
	30 - Nome do Contratado
Dados do Atendimento	31 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
	32 - Tipo de Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
	34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo do Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição	42 - Qtd. 43-Via 44-Tec.. 45- Fator Red/Acresc.. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)
1- 2- 3- 4- 5-	
Identificação dos Profissionais) Executante(s) 48-Sigla Ref. 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CBO	51-Nome do Profissional 52-Conselho 53-Número no Conselho Profissional 54-JF 55-Código CBO
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58-Observação / Justificativa
1- 2- 3- 4- 5- 6-	9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 -
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Tazas e Alugueis (R\$)
	61 - Total de Materiais (R\$)
	62 - Total de ORME (R\$)
	63 - Total de Medicamentos (R\$)
	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
	65 - Total Geral (R\$)
	66 - Assinatura do Responsável pelo Autorização
	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável