

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

1312
798

☒ BASICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames

☐ CATE ☒ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ T. C. HIPER. Outros
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN

EMPRESA Promed. S. A. Solicitante WILIANA. Data 21/01/25

Origem: H. POLICLIN TTE x H. POLICLIN 9 JULHO x H. POLICLIN TTE

Nome: ARIELA SOLON KETANILHA Idade 38 Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO

Nº CARTEIRINHA 772504009261012

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>64778</u>	km <u>64800</u>	km <u>64843</u>	km <u>64889</u>	km <u>64291</u>
	Hora Chegada <u>18:50</u>	Hora Chegada <u>19:45</u>	Hora Chegada <u>20:50</u>	
	Hora Saída <u>19:02</u>	Hora Saída <u>20:03</u>	Hora Saída <u>20:56</u>	
Hora <u>18:20</u>	Visto Origem <u>Stefany Cristina da Silva Coelho</u> <u>COREN-SP-001.814.383-TE</u>	Visto Destino <u>Stefany Cristina da Silva Coelho</u> <u>COREN-SP-001.814.383-TE</u>	Visto Destino <u>Stefany Cristina da Silva Coelho</u> <u>COREN-SP-001.814.383-TE</u>	Hora <u>21:30</u>

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☐ consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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>19:10</u>	<u>120x80</u>	<u>89</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36</u>	<u>99%</u>	

Abertura ocular

☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

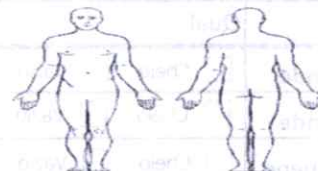
Resposta Motora

☒ Obedece 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 ambulancia 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 Thaíma Melissa da Costa Andrade

assinatura

RG/CPF 476 222 788 90

Thaíma A

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebemos o paciente do H. de origem para realizar exame de tomografia abdominal total e retorno ao hospital de origem, paciente com AUP em M50. S/me-
dicação. Entregamos a paciente sem intercorrências.

Materiais Utilizados

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

Data

Condutor Socorrista

Data



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		18 - UF		19 - Código CBO	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		89 - Nome Social		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
10 - Nome		11 - Nome do Contratado		14 - Nome do Contratado		12 - Atendimento a RN	
13 - Código na Operadora		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		90 - Indicador de Cobertura Especial	
15 - Nome do Profissional Solicitante		23 - Indicação Clínica		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		34 - Tipo de Consulta		28 - Qtd. Aut.	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		31 - Código CNES	
2 -		3 -		4 -		5 -	
3 -		4 -		5 -		6 -	
4 -		5 -		6 -		7 -	
5 -		6 -		7 -		8 -	
6 -		7 -		8 -		9 -	
7 -		8 -		9 -		10 -	
8 -		9 -		10 -		11 -	
9 -		10 -		11 -		12 -	
10 -		11 -		12 -		13 -	
11 -		12 -		13 -		14 -	
12 -		13 -		14 -		15 -	
13 -		14 -		15 -		16 -	
14 -		15 -		16 -		17 -	
15 -		16 -		17 -		18 -	
16 -		17 -		18 -		19 -	
17 -		18 -		19 -		20 -	
18 -		19 -		20 -		21 -	
19 -		20 -		21 -		22 -	
20 -		21 -		22 -		23 -	
21 -		22 -		23 -		24 -	
22 -		23 -		24 -		25 -	
23 -		24 -		25 -		26 -	
24 -		25 -		26 -		27 -	
25 -		26 -		27 -		28 -	
26 -		27 -		28 -		29 -	
27 -		28 -		29 -		30 -	
28 -		29 -		30 -		31 -	
29 -		30 -		31 -		32 -	
30 -		31 -		32 -		33 -	
31 -		32 -		33 -		34 -	
32 -		33 -		34 -		35 -	
33 -		34 -		35 -		36 -	
34 -		35 -		36 -		37 -	
35 -		36 -		37 -		38 -	
36 -		37 -		38 -		39 -	
37 -		38 -		39 -		40 -	
38 -		39 -		40 -		41 -	
39 -		40 -		41 -		42 -	
40 -		41 -		42 -		43 -	
41 -		42 -		43 -		44 -	
42 -		43 -		44 -		45 -	
43 -		44 -		45 -		46 -	
44 -		45 -		46 -		47 -	
45 -		46 -		47 -		48 -	
46 -		47 -		48 -		49 -	
47 -		48 -		49 -		50 -	
48 -		49 -		50 -		51 -	
49 -		50 -		51 -		52 -	
50 -		51 -		52 -		53 -	
51 -		52 -		53 -		54 -	
52 -		53 -		54 -		55 -	
53 -		54 -		55 -		56 -	
54 -		55 -		56 -		57 -	
55 -		56 -		57 -		58 -	
56 -		57 -		58 -		59 -	
57 -		58 -		59 -		60 -	
58 -		59 -		60 -		61 -	
59 -		60 -		61 -		62 -	
60 -		61 -		62 -		63 -	
61 -		62 -		63 -		64 -	
62 -		63 -		64 -		65 -	
63 -		64 -		65 -		66 -	
64 -		65 -		66 -		67 -	
65 -		66 -		67 -		68 -	
66 -		67 -		68 -		69 -	
67 -		68 -		69 -		70 -	
68 -		69 -		70 -		71 -	
69 -		70 -		71 -		72 -	
70 -		71 -		72 -		73 -	
71 -		72 -		73 -		74 -	
72 -		73 -		74 -		75 -	
73 -		74 -		75 -		76 -	
74 -		75 -		76 -		77 -	
75 -		76 -		77 -		78 -	
76 -		77 -		78 -		79 -	
77 -		78 -		79 -		80 -	
78 -		79 -		80 -		81 -	
79 -		80 -		81 -		82 -	
80 -		81 -		82 -		83 -	
81 -		82 -		83 -		84 -	
82 -		83 -		84 -		85 -	
83 -		84 -		85 -		86 -	
84 -		85 -		86 -		87 -	
85 -		86 -		87 -		88 -	
86 -		87 -		88 -		89 -	
87 -		88 -		89 -		90 -	
88 -		89 -		90 -		91 -	
89 -		90 -		91 -		92 -	
90 -		91 -		92 -		93 -	
91 -		92 -		93 -		94 -	
92 -		93 -		94 -		95 -	
93 -		94 -		95 -		96 -	
94 -		95 -		96 -		97 -	
95 -		96 -		97 -		98 -	
96 -		97 -		98 -		99 -	
97 -		98 -		99 -		100 -	