

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input 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"/> 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 <u>FRAMED SA</u>	Solicitante <u>C. Vafers</u>	Data <u>16.02.25</u>
---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Origem: <u>H. Policlín. CACAPAU</u> x <u>H. Rio XII</u>	x <u>H. Policlín. CACAPAU</u>
--	-------------------------------

Nome: <u>ANA LUCIA FERREIRA SOUSA</u>	Idade	Contato:
--	--------------	-----------------

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino

SUS / CONVENIO <u>BRADES</u>	Nº CARTEIRINHA
-------------------------------------	-----------------------

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>173527</u>	km <u>17351</u>	km <u>173598</u>	km <u>173622</u>	km <u>173657</u>
	Hora Chegada <u>15:00</u>	Hora Chegada <u>15:30</u>	Hora Chegada <u>17:30</u>	
	Hora Saída <u>15:10</u>	Hora Saída <u>17:00</u>	Hora Saída <u>18:00</u>	
Hora <u>19:10</u>	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	Hora <u>18:50</u>

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
--------------------	---------------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--

Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
----------------	-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia
---------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Circulatório	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Filiforme
---------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------	------------------------------------

Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico
----------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

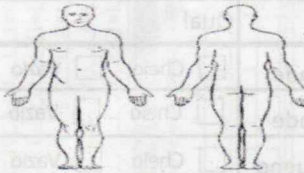
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
-------------------------	------------------------------------	--	---------------------------	------------------------------------	--

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obedece 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 Incomprêncivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

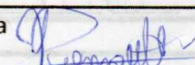
TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

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 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 <u>Rafael Doneski</u>	assinatura 
RG/CPF <u>042.409.049-00</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Remoção realizada SEM INTERCORRENTES

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
Calene Com: 071026
Data ____/____/____

Conductor Socorrista
[Assinatura]
Data ____/____/____

- Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

- Data da Autorização

5 - Senha

- Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

0 - Nome

89 - Nome Social

NOAH FILIPE PAPAVERI CANALI

- Dados do Solicitante

3 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

5 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Ricardo Oki
Pedro Henrique
CRM 105544

- Caracter do Atendimento

23 - Indicação Clínica

90 - Indicador de Cobertura

4 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd.

- Dados do Contratado/Executante

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

- Dados do Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento

92 - Saúde Ocupacional

- Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Fator Red./Acresc. 45 - Valor Unitário - R\$

46 - Valor Total - R\$

- Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

8 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF 55 - Código CBO

6 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

8 - Observações/Justificativa

9 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado

ASC: 19/05/2024 - INTERNAÇÃO
HORTE DI ATEND: 15/02/2025 15:45
UNU: BRADESCO



4235158

ATIVIDADE DO TC CRÂNIO

U

SOLICITO TC DO CRÂNIO SEM CONTRASTE COM SÉRIAS PARA
PACIENTE DO BOMFIM DO IRADIS QUE APRESENTOU QUEBRAS DO COSTOS
DE UM CARACIMHO DO BOMFIM DO IRADIS DO ALTO DO ALTO. NÃO APRESENTOU
VÔMITO E NÃO DESMATEU.

DÊ ENTRADA NO PS EM BOMFIM DO GERAL, GLASGOW 15,
PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREFLEXIVAS SIMÉTRICAS BILATERALMENTE,
COM HEMATOMA SUBGALNEAL EM OCCIPITAL 1x2 cm.

REALIZOU RX DO CRÂNIO COM IMAGEM SUGESTIVA DE ALARGA-
MENTO DO SUTURA LAMBDOIDE (E). SOLICITO AMBULÂNCIA BÁSICA.

GRATO.

Dr. Ricardo Oki
Pediatra Geral
CRM 105544

CRM:

15102125

Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 --SJC Campos / SP

Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJC Campos / SP

Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJC Campos / SP

Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacaré / SP

Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP

Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté - SP