

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 type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" 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
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.

EMPRESA Hummel Solicitante Loco 2020 Data 26-07-24
 Origem: (VPA) x Contato:

Nome: Paulo Rangel Perina Idade _____ Contato: _____
 Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNimed Nº CARTEIRINHA 0200135000348003

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>47725</u>	km <u>47729</u>	km	km
	Hora Chegada <u>12:17</u>	Hora Chegada <u>13:05</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>12:58</u>	Hora Saída <u>13:13</u>	Hora Saída	Hora <u>47767</u>
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	<u>13:56</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Bradiardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasifgmia 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>12:40</u>	<u>13x8</u>	<u>90</u>	<u>20</u>	<u>13</u>	<u>36</u>	<u>98</u>	

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

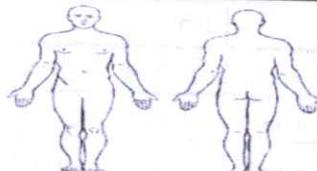
Resposta Motora

- 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

RG/CPF

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente paciente na ambulância monitorizado, paciente 913, comecatm. em A/PR ambient' sem intercessional no Trajetos

COFEP-SP 77780

BRASILIA - DF - 2024

26/10/2024

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	

Médico Responsável			
<i>Ducar</i>			
24/10/23			
Data	/	/	/

Enfermagem Responsável	
<i>Rodrigo Henrique Dib</i>	
24/10/23	
Data	<i>26/10/24</i>

Condutor Socorrista	
<i>Leis Fernando</i>	
Data	<i>26/10/24</i>

**GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL / SERVICO AUXILIAR DE
DIAGNOSTICO E TERAPIA - SPISADT**

4 - Registro ANS	5 - Nome do Guia Principal		
5 - Símbolo			
4 - Data da Autorização	5 - Símbolo		
Nome da Beneficiária	6 - Data de Validade da Saida		
6 - Nome da Carteira	7 - Número da Guia Atencional na Operadora		
DADO013500034300-3	8 - Validade da Carteira		
Nome da Beneficiária	9 - Número da Saida		
10 - Nome do Profissional Saida/Atendente			
11 - Cálculo Recurso da Saúde			
12 - Abandono e i...			
13 - Cálculo e Operadora			
14 - Nome do Contratado			
15 - Consulta Prévia			
16 - Consulta			
17 - Número no Consulta			
18 - OR			
19 - Código CBO			
20 - Administração do Profissional Solicitante			
21 - Código de Atendimento			
22 - Data de Saida/Atendente			
23 - Início do Clínica			
24 - Descrição			
25 - Código de Profissional			
26 - Nome Assistencial			
27 - Nome do Profissional			
28 - Nome do Consultado			
29 - Cálculo na Operadora			
30 - Nome do Consultado			
31 - Indicação de Acidente (incidente ou doença profissional)			
32 - Tipo de Consulta			
33 - Motivo da Encerramento do Atendimento			
34 - Símbolo			
35 - Símbolo			
36 - Símbolo			
37 - Símbolo			
38 - Símbolo			
39 - Símbolo			
40 - Símbolo			
41 - Símbolo			
42 - Símbolo			
43 - Símbolo			
44 - Símbolo			
45 - Símbolo			
46 - Símbolo			
47 - Símbolo			
48 - Símbolo			
49 - Símbolo			
50 - Símbolo			
51 - Símbolo			
52 - Símbolo			
53 - Símbolo			
54 - Símbolo			
55 - Símbolo			
56 - Total de Medicamentos (R\$)			
57 - Total de Trans a Aluguel (R\$)			
58 - Total de Gastos Medicina (R\$)			
59 - Total de Material (R\$)			
60 - Total de Gastos (R\$)			
61 - Total de Material e Bens Físicos (R\$)			
62 - Total de Gastos Medicina (R\$)			
63 - Total de Gastos (R\$)			
64 - Total de Medicamentos (R\$)			
65 - Total Gasto (R\$)			
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
67 - Assinatura do Consultante			

1 - Registro ANS	2 - Nome do Guia Principal		
3 - Símbolo			
4 - Data da Autorização	5 - Símbolo		
Nome da Beneficiária	6 - Data de Validade da Saida		
6 - Nome da Carteira	7 - Número da Guia Atencional na Operadora		
7 - Número da Saida	8 - Validade da Carteira		
8 - Número da Consulta	9 - Número no Consulta		
9 - Cálculo CBO	10 - Administração do Profissional Solicitante		
10 - Código de Atendimento	11 - Cálculo Recurso da Saúde		
11 - Cálculo Recurso da Saúde	12 - Abandono e i...		
12 - Abandono e i...	13 - Cálculo e Operadora		
13 - Cálculo e Operadora	14 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Contratado	15 - Consulta Prévia		
15 - Consulta	16 - Consulta		
16 - Consulta	17 - Número no Consulta		
17 - Número no Consulta	18 - OR		
18 - OR	19 - Código CBO		
19 - Código CBO	20 - Administração do Profissional Solicitante		
20 - Administração do Profissional Solicitante	21 - Código de Atendimento		
21 - Código de Atendimento	22 - Data de Saida/Atendente		
22 - Data de Saida/Atendente	23 - Início do Clínica		
23 - Início do Clínica	24 - Descrição		
24 - Descrição	25 - Código de Profissional		
25 - Código de Profissional	26 - Nome Assistencial		
26 - Nome Assistencial	27 - Nome do Profissional		
27 - Nome do Profissional	28 - Nome do Consultado		
28 - Nome do Consultado	29 - Cálculo na Operadora		
29 - Cálculo na Operadora	30 - Nome do Consultado		
30 - Nome do Consultado	31 - Indicação de Acidente (incidente ou doença profissional)		
31 - Indicação de Acidente (incidente ou doença profissional)	32 - Tipo de Consulta		
32 - Tipo de Consulta	33 - Motivo da Encerramento do Atendimento		
33 - Motivo da Encerramento do Atendimento	34 - Símbolo		
34 - Símbolo	35 - Símbolo		
35 - Símbolo	36 - Símbolo		
36 - Símbolo	37 - Símbolo		
37 - Símbolo	38 - Símbolo		
38 - Símbolo	39 - Símbolo		
39 - Símbolo	40 - Símbolo		
40 - Símbolo	41 - Símbolo		
41 - Símbolo	42 - Símbolo		
42 - Símbolo	43 - Símbolo		
43 - Símbolo	44 - Símbolo		
44 - Símbolo	45 - Símbolo		
45 - Símbolo	46 - Símbolo		
46 - Símbolo	47 - Símbolo		
47 - Símbolo	48 - Símbolo		
48 - Símbolo	49 - Símbolo		
49 - Símbolo	50 - Símbolo		
50 - Símbolo	51 - Símbolo		
51 - Símbolo	52 - Símbolo		
52 - Símbolo	53 - Símbolo		
53 - Símbolo	54 - Símbolo		
54 - Símbolo	55 - Símbolo		
55 - Símbolo	56 - Total de Medicamentos (R\$)		
56 - Total de Medicamentos (R\$)	57 - Total de Trans a Aluguel (R\$)		
57 - Total de Trans a Aluguel (R\$)	58 - Total de Gastos Medicina (R\$)		
58 - Total de Gastos Medicina (R\$)	59 - Total de Material (R\$)		
59 - Total de Material (R\$)	60 - Total de Gastos (R\$)		
60 - Total de Gastos (R\$)	61 - Total de Material e Bens Físicos (R\$)		
61 - Total de Material e Bens Físicos (R\$)	62 - Total de Gastos Medicina (R\$)		
62 - Total de Gastos Medicina (R\$)	63 - Total de Gastos (R\$)		
63 - Total de Gastos (R\$)	64 - Total de Medicamentos (R\$)		
64 - Total de Medicamentos (R\$)	65 - Total Gasto (R\$)		
65 - Total Gasto (R\$)	66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67 - Assinatura do Consultante		