

Ficha de Acompanhamento

OS 1120
VTR 318

<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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T. C. HIPER.

Outros *Resonância*

EMPRESA *CePog* Solicitante *C. Viegas* Data *04/09/24*

Origem: *CEPOG* x *Santo Rosa* x

Nome: *Fernando Teresa Bueno Cacada* Idade *39* Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO *Unimed* Nº CARTEIRINHA *08650001339424014*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>160570</i>	km <i>160571</i>	km <i>160572</i>	km <i>160608</i>
<i>160533</i>	Hora Chegada <i>13:46</i>	Hora Chegada <i>14:04</i>	Hora Chegada <i>15:32</i>	
Hora <i>13:00</i>	Hora Saida <i>13:58</i>	Hora Saida <i>15:27</i>	Hora Saida <i>15:40</i>	Hora <i>16:30</i>
	Visto Origem <i>Joyce Aparecida Vieira Rios COREN-SP 780901-ENF</i>	Vista Destino <i>Estela V. B. Santos COREN-SP 1165501-ENF</i>	Vista Destino <i>Joyce Aparecida Vieira Rios COREN-SP 780901-ENF</i>	

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 Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

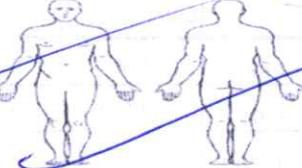
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<i>13:58</i>	<i>113x74</i>	<i>92</i>		<i>15</i>		<i>97</i>	
<i>15:27</i>	<i>109x70</i>	<i>86</i>		<i>15</i>		<i>96</i>	

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 Imprórias 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	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Láce										
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 <i>MAURÍCIO VIEIRA CALCA DA</i>	assinatura <i>(Assinatura)</i>
RG/CPF <i>319.155.098-40</i>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em ar, ambiente, lúcidu, mantendo AVP em MS Esalinizado até o momento, posiciono paciente em maca e acomodo em ambulância com o auxílio do condutor, no ambulância realize monitorizações múltiplos parâmetros; anota SSW, paciente acompanhado pelo marido, sem intercorrências no trajeto até o local de exame. Paciente realizou lesões maiores com contraste, sem intercorrências no exame. Encaminhamos paciente de volta a UTI do CGPOG, sem intercorrências no trajeto.

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	R	Qual <i>Refeição</i>	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	30	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	140	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	110	
	04 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável
<i>20/09/24</i>
Data

Enfermeiro Responsável
<i>20/09/24</i>
Data

Condutor Socorrista
<i>Rafael</i>
Data

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº Guia no Prestador

3667156

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização	5-Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número do Carteira	
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	

86012501339424014
JU MENDONÇA THOMAS BRUNO CALVOCET
89 - Nome Social

11 - Dados do Beneficiário	
12 - Atendimento a 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 - Caráter do Atendimento	
22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica	
24-Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descruição	
27-Qtd. 28-Qtd. Solic. 29-Indicador da Coleta/turna Especial	
30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES	

32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de 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\$)	
50-Seq.Ref 51-Nome do Profissional 52-Conselho Profissional 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO	
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58-Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Auxílios (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado	