

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 798.

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input checked="" 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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/>

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 +1. ce Ray Solicitante C. Vargas Data 08/11/24

Origem: A. Ce Ray x Hosp. São Francisco x

Nome: Mattos Carvalho dos Reis Idade 9m Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Nº CARTEIRINHA 00202217000206100

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>58424</u>	km <u>58454</u>	km <u>58577</u>	km <u>58774</u>	km
Hora	Hora Chegada <u>14:38h</u>	Hora Chegada <u>16:53</u>	Hora Chegada <u>20:00</u>	

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôrica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E
Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes
Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritímico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfmgia
Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados

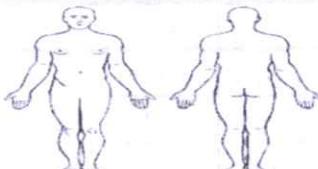
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>15:04h</u>		<u>185</u>				<u>97%</u>	
<u>15:43h</u>		<u>180</u>				<u>98%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input 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 Improórias 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										
Lace										
Secç										

QUEIMADURAS	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.

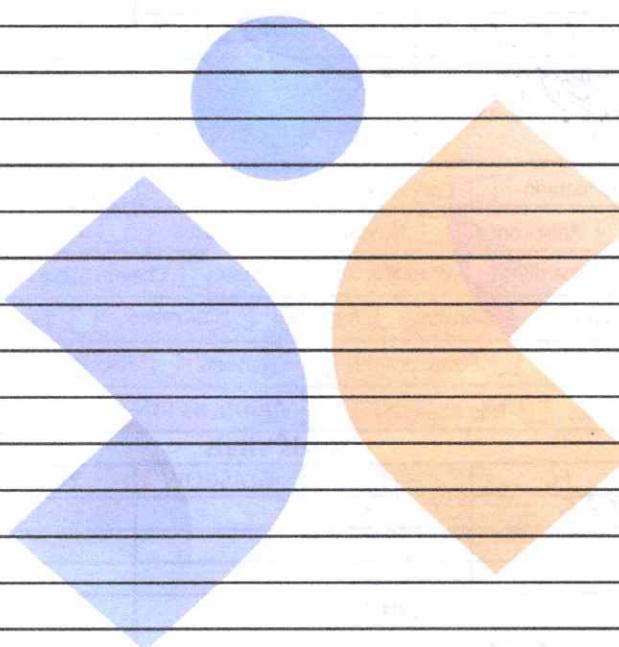
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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	assinatura
RG/CPF	

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente de 9 meses com diagnóstico de BCF + PNM acompanhado pelo mãe com O2 em 4 litros/min, saturando entre 96 à 100% com PC em 160 à 185 bpm. Em uso de fralda. \* Com O2 em máscara. Transferido do Hospital Cepas para o Hospital São Francisco mantém AV Pemoxete rápido p/ manter oxigênio com SF 97%.  
 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	

Médico Responsável
J. S. G. da Silva CRM: 45530
Data _____

Enfermagem Responsável
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel
COREN-SP-279878-ENF
Data 08/11/24

Condutor Socorrista
Data _____



3763915

**UNIMED GUARATINGUETÁ**

**2.º Guia no Prestador**

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

- Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5-Senha		6 - Data de Validade da Senha	
5 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		89 - Nome Social	
6 - Nome		14 - Nome do Contratado		12 - Atendimento a RN	
Malteo C. dos Meires		Dr. Gustavo Silveira de Souza		CRM-SP 96307	
Dados do Solicitante		11 - Caráter do Atendimento		12 - Data da Solicitação ou Item Assistencial	
3 - Número da Carteira		22 - Data da Solicitação ou Item Assistencial		23 - Indicação Clínica	
4 - Nome		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
Malteo C. dos Meires		37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento		41-Descrição	
Dados do Execuário / Procedimentos & Exames Realizados		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
36-Data		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		91 - Regime de atendimento	
37-Hora Inicial		38-Hora Final		92 - Saúde Ocupacional	
38-Data de Realização de Procedimentos em Série		39-Assinatura do Beneficiário ou Responsável		43-Via 44-Tec. 45- Fator Red./Acresc.	
48-Seq Ref 49-Grau Part		50-Código na Operadora/CPF		46-Valor Unitário (R\$)	
51-Nome do Profissional		52-Conselheiro Profissional		47-Valor Total (R\$)	
58-Observação / Justificativa		53-Número no Conselho Profissional			
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Alugueis (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 Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Responsável	
68 - Assinatura do Contratado					