

Ficha de Acompanhamento

OS 1236.
VTR 798.

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

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

EMPRESA D. UNIMED CACAPUVA Solicitante C. Lopes Data 22/12/24

Origem: JA. UNIMED CACAPUVA x Hosp. C. Lopes x

Nome: Jefferson da Silva Paula Idade 39 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Fera Vale Nº CARTEIRINHA 9700019001914392

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|---------------|-------------------|
| km <u>59979</u> | km <u>60026</u> | km <u>60094</u> | km | km <u>60164</u> |
| | Hora Chegada <u>10:40</u> | Hora Chegada <u>11:50</u> | Hora Chegada | |
| | Hora Saída <u>10:55</u> | Hora Saída <u>11:59</u> | Hora Saída | |
| Hora <u>09:42</u> | Visto Origem <u>10:55</u> | Vista Destino | Vista Destino | Hora <u>14:00</u> |

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ 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 |
|--------------|---------------|------------|-----------|-----------|----------|-------------|----------|
| <u>10:58</u> | <u>140x90</u> | <u>100</u> | <u>20</u> | <u>15</u> | <u>—</u> | <u>100%</u> | <u>—</u> |
| | <u>120x80</u> | <u>95</u> | <u>20</u> | <u>15</u> | <u>—</u> | <u>96%</u> | <u>—</u> |

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

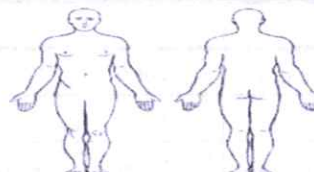
Resposta Motora

- ☒ 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 Paula
RG/CPF 83186654815

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente: Big. Lucindo, oriundo de Anápolis.
 Sem queixas no momento da chegada de choque de
 Rine. Encaminhado para o Cefex. UTI.
 Paciente com acesso venoso. MS®. Sinalizado teste
 coagul negativo, exames de hemograma, laudo
 de T.C. segue bem sem intercorrências apresentadas
 da mãe.

Elisângela de Lima Faria
 Enfermeira
 COREN-SP: 601.917

Materiais Utilizados

M - 10:28

T - 12:38

| Pedágios | 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 checked="" 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

22 / 11 / 24

Enfermeira Responsável

Elisângela de Lima Faria
 Enfermeira
 COREN-SP: 601.917

Data

22 / 11 / 24

Condutor Socorrista

Data

22 / 11 / 24

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|--|
| 1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 4 | | 3 - Número da Guia Principal | | 6 - Data de Validade da Senha | | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | |
| 4 - Data da Autorização | | 5 - Senha | | 9 - Validade da Carteira | | 11 - Cartão Nacional de Saúde | |
| 8 - Número da Carteira | | 10 - Validade da Carteira | | 12 - Atendimento a RN | | 13 - Assinatura do Profissional Solicitante | |
| 14 - Nome do Contratado | | 15 - Nome do Profissional Solicitante | | 16 - Conselho Profissional | | 17 - Nº | |
| 21 - Caracter do Atendimento | | 22 - Data da Solicitação | | 23 - Indicação Clínica | | 24 - Assinatura do Profissional Solicitante | |
| 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | | 26 - Descrição | | 27 - Qtd. Solic. | | 28 - Qtd. Aut. | |
| 29 - Código na Operadora | | 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\$) | | 48 - Seq. Ref. | |
| 49 - Grau Part. | | 50 - Código na Operadora/CPF | | 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | 59 - Total de Taxas e Aluguéis (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 Medicinais (R\$) | |
| 65 - Total Geral (R\$) | | 66 - Assinatura do Contratado | | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | 68 - Assinatura do Contratado | |