

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<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 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	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 Unimed Cacapava Solicitante Central de viagens Data 22/10/24

Origem: UNIMED Cacapava x Clinica Maia x Florianópolis

Nome: Thiago Rocha Moreira Idade 15 Contato: 12992262737

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Nº CARTEIRINHA 091050.2602667105

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>56387</u>	km <u>56434</u>	km <u>56600</u>	km <u>56790</u>	km
	Hora Chegada <u>22:10</u>	Hora Chegada <u>00:34</u>	Hora Chegada <u>03:30</u>	
	Hora Saída <u>22:24</u>	Hora Saída <u>01:22</u>	Hora Saída	
Hora <u>21:30</u>	Visto Origem <u>L</u>	Vista Destino	Vista Destino	Hora

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

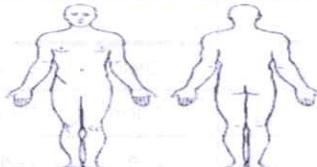
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente com 15 anos, acompanhado pela mãe, com diagnóstico de tentativa de suicídio. Transportado de VNMED Carapao para Clínica Maita em repouso na maca do mundo sob efeito de medicamento: em sedativa (com agl. em MS). Retirado aciso ao chegar no destino à pedido da enfermeira.

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

Data ____ / ____ / ____

Enfermagem Responsável

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel

COREN-SP-279878-ENF

Data 22 / 10 / 24

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____

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

1688254

2- Nº

1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 4	3 - Número da Guia Principal _____
4 - Data da Autorização 122156	5-Senha _____
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 13 - Código na Operadora	
15 - Nome do Profissional Solicitante THIAGO ROCHA MOREIRA	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica	
16 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 24-Tabela 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____	
26 - Descrição Ortoplastia / Suples	
28 - Código na Operadora _____	

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora _____	30 - Nome do Contratado _____
Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento _____	33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada) _____
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36-Data 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____	37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 42 - Qtd. 43-Via 44-Tec. 45-Fator Rod./Acresc. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)	34 - Tipo de Consulta _____	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento _____
48-Seq. Ref. 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CIPF _____	51-Nome do Profissional _____	52-Conselho Profissional 53-Número no Conselho Profissional _____

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1- _____ 2- _____	58-Observação / Justificativa _____	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 Responsável ou Responsável _____	67 - Assinatura do Contratado _____	68 - Assinatura do Contratado _____
--	--	--

Atendido pela Operadora _____

11 - Cartão Nacional de Saúde _____
--

12-Atendimento a RN CRM CRM X-19.62 D: Rodriguez E. (Completo)

13 - Validade da CRM CRM X-19.62

14 - Nome do Contratado _____

15 - Nome do Profissional Solicitante THIAGO ROCHA MOREIRA

16 - Conselho Profissional 0 6

17 - Número no Conselho _____

18 - UF _____

19 - Código CEO _____

20 - Assinatura do Profissional Solicitante _____
--