

Ficha de Acompanhamento

OS

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 Hosp. CePog Solicitante C. VAGAS. Data 11.09.24

Origem: CePog x Augiouroce x H. CePog

Nome: SILVIO JOSÉ TORRES BRASIL Idade 72 Contato: 12997295850

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED.

Nº CARTEIRINHA 00200135001205001

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>52494</u>	<u>52542</u>	<u>52564</u>	<u>52580</u>	<u>52619</u>
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
<u>6:40</u>	<u>07:40</u>	<u>8:35</u>	<u>12:23</u>	<u>13:15</u>
	Hora Saída <u>8:10</u>	Hora Saída <u>12:05</u>	Hora Saída <u>12:40</u>	
	Visto Origem <u>Joyce Aparecida Vieira Rios</u> <u>COREN-SP 780901 - ENF</u>	Visto Destino <u>Micheli Aparecida dos Santos</u> <u>COREN-SP 780901 - ENF</u>	Visto Destino <u>Joyce Aparecida Vieira Rios</u> <u>COREN-SP 780901 - ENF</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 ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Díctotico ☐ 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>8:10</u>	<u>130x70</u>	<u>72</u>	<u>17</u>	<u>15</u>	<u>—</u>	<u>100%</u>	<u>—</u>
<u>12:05</u>	<u>160x70</u>	<u>70</u>	<u>17</u>	<u>15</u>	<u>—</u>	<u>100%</u>	<u>—</u>
<u>12:22</u>	<u>160x70</u>	<u>89</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>—</u>	<u>100%</u>	<u>—</u>

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

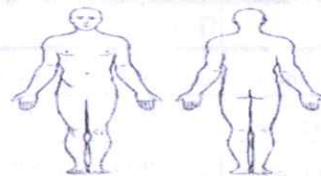
Resposta Motora

- ☐ 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 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 Heleneise de Fatima Alves Brasil
 RG/CPF 027.884.307-79

assinatura

[Assinatura]

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente 30 de julho fez cirurgia de Hérnia Umbilical e requiriu esta com Tabela a 98 dias e hoje está indo fazer em CAT. e irá retornar para o CEPOR. Chegou ao Ambulatório 8:35. início do CAT. 9:20 sendo feito do lado ①. pela Sape. termino da cirurgia as 12:05. Sem intercorrência. Anestesia fechada com angecil. Retornado para a origem.

Michel Aparecida dos Santos
COREN-SP 338108 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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira
COREN-SP: 601.917

Condutor Socorrista

Data



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

2 - Nº Guia no Prestador

40016507

1 - Registro ANS 355577		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 40016507		12 - Aclandamento a RN N	
4 - Data de Autorização 11/09/2024		5 - Sanha 16006		6 - Data da Validade da Sanha 10/11/2024			
Dados do Beneficiário							
8 - Número da Carteira 0020.0135001205001		9 - Validade da Carteira 30/04/2026		10 - Nome SILVIO JOSE TORRES BRASIL			
Dados do Solicitante							
13 - Código na Operadora 913		14 - Nome do Contratado PEREIRA MARCONDES REMOQUES LTDA		15 - Nome do Profissional Solicitante Reginaldo Finamor Alvarenga		16 - UF SP	
15 - Nome do Profissional Solicitante Reginaldo Finamor Alvarenga		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 146531		18 - Código CBO 225125	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados							
21 - Cartão de Aclandamento 1		22 - Data da Solicitação 10/09/2024		23 - Indicação Clínica SCB Iam		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 - 18 60020881	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 - 18 60020881		26 - Descrição REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO, COM MEDICO E ENFERMAGEM, PARA SADT, INTERMUNICIPAL, POR KM		27 - Qtda.Solic. 1		28 - Qtda.Aut. 1	
Dados do Contratado Especialista							
28 - Código na Operadora		29 - Nome do Contratado		30 - Código CHES			
Dados do Aclandamento							
32 - Tipo de Aclandamento 01		33 - Indicação da Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo da Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Aclandamento	
32 - Tipo de Aclandamento 01		33 - Indicação da Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo da Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Aclandamento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data 1 -		37 - Hora Inicial 2 -		38 - Hora Final 3 -		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	
36 - Data 1 -		37 - Hora Inicial 2 -		38 - Hora Final 3 -		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	
Identificação do(a) Profissional(is) Enxarcante(s)							
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
Dados de Realização de Procedimentos em Séde							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Séde 1 -		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 -		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 4 -		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 5 -	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Séde 1 -		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 -		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 4 -		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 5 -	
60 - Observação / Justificativa Beneficiário no hospital cepog sera removido para realizar procedimento na Angiovale em Iorana valaor R\$1560,00							
60 - Total de Procedimentos (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
60 - Total de Procedimentos (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização UNIMED GUARATINGUETA				65 - Assinatura do Contratado		66 - Assinatura do Contratado	
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização UNIMED GUARATINGUETA				65 - Assinatura do Contratado		66 - Assinatura do Contratado	