

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

<input type="checkbox"/> BASICAS	<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 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 BX CPRS PET SCAM
 GTT TQT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

CLIENTE Promed Solicitante Central Vagas Data 09/04/25

Origem: D. Fronteira SJC x D. Policlin SJC x Hosp Fronteira SJC.

Nome: Liana Paes Lage Idade 8m. Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Bradesco Nº CARTEIRINHA 630486730001022

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>K0916</u>	km <u>140962</u>	km <u>140963</u>	km <u>140968</u>	km <u>K1015</u>
	Hora Chegada <u>19:05</u>	Hora Chegada <u>14:23</u>	Hora Chegada <u>15:25</u>	
	Hora Saída <u>19:20</u>	Hora Saída <u>15:00</u>	Hora Saída <u>15:35</u>	
Hora <u>13:00</u>	Visto Origem <u>Rinata</u>	Vista Destino <u>Fabion Beatusc</u>	Vista Destino <u>Rinata</u>	Hora <u>16:20</u>

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

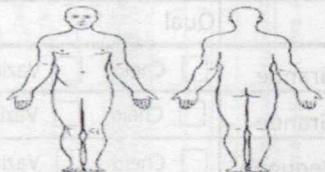
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input 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										AUP MS(E) T=29	
	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 ambulância 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

14:05h = Chegou ao hospital de Boaçava, paciente no colo da mãe, inconsciente, quieto, ralente, hipotônico, hemocordíaco, ver A.A., mantendo AFP um M/S (E) T: 37, Salinizado, transferiu paciente para bebê conforto e conduzido para ambulâncio.

14:23h = Chegou ao hospital de Boaçava para realização de exame.

15:25h = Chegou ao hospital de Boaçava sem intercorrências.

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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 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
Alvin C. M. Correia Data 09/04/25

Condutor Socorrista
Daniel N. Oliveira Data 09/04/25

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									
Dados do Beneficiário										
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira									
10 - Nome	89 - Nome Social <i>Xiana Paes Lage</i>									
12 - Atendimento a RN										
Dados do Solicitante										
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								
Dados da Solicitud/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		90 - Indicador de Cobertura Especial								
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitud	23 - Indicação Clínica <i>IN</i>								
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.						
1-1										
2-1										
3-1										
4-1										
5-1										
Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES								
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado									
Dados do Atendimento										
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional					
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados										
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Vias	44 - Taxa	45 - Valor Total	46 - Data
1-1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
2-1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
3-1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
4-1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
5-1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho						
56 - Dt. de Realização de Procedimentos em Série		57 - Ass. do Beneficiário ou Responsável	56 - Dt. de Realização de Procedimentos em Série		57 - Ass. do Beneficiário o					
1-1	11	11	1-1	11	11	11	11	11	11	11
2-1	11	11	1-1	11	11	11	11	11	11	11
58 - Observações/Justificativa										
59 - Total de Procedimentos (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 Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado					

Dra. Andreia Palma
CRM 105447
RQE 134198
Pediatra