

Ficha de Acompanhamento

|OS

VI

758

<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"/> TRANSFERÊNCIA 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				
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros			
CLIENTE	Pnomed.			Solicitante	Data 21-1-25					
Origem:	Hospital Regional de São Bernardo			x Santa Casa de São Paulo						
Nome:	Isabela Fernanda Queiroz Britto			Idade	Contato:					
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> Feminino	Nº CARTEIRINHA 88888011645710119							
SUS / CONVENIO Sul Dominican		Origem		Destino	Destino	Chegada Base				
km	7766	km	77973	km	78027	km	78091			
		Hora Chegada	12:39	Hora Chegada	12:35	Hora Chegada	15:45			
Hora	10:41	Hora Saída	13:01	Hora Saída	15:09	Hora				
		Vista Origem	JESUS DE ASSIS MOREIRA JESUS DE ASSIS Caren-SP 706419	Vista Destino	Maringá 33505288			Vista Destino		
Neurológica <input type="checkbox"/> Lúcido <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Não Verbaliza										
Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocorica <input type="checkbox"/> Midriátrica <input type="checkbox"/> Miótica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior										
Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Apneia										
Circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Tarquicardico <input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Filiforme										
Abdômen <input type="checkbox"/> Plano <input checked="" type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental <input type="checkbox"/> Gravidico										
Membros Superior <input checked="" type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados				Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados						
Sinais Vitais										
HORA 13:30	PA	FC	FR	GLASGOW 15	TEMP	Sat O2	Hgt			
Abertura ocular		Resposta Verbal			Resposta Motora					
<input checked="" 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										
	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 _____										

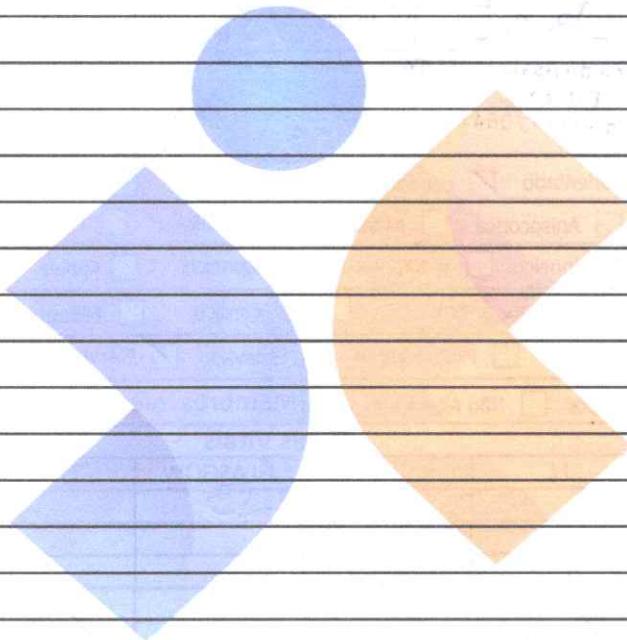
Observações Médicas / Enfermeiros

Observações Médicas / Enfermeiros

Eliane encontra-se hemodinamicamente estável, c/ T: 37,5°c, pressão arterial sistólica de 120mmHg, mobilizado c/ dalg. leve. Mão direita com lesão de perfusão periférica preservada, fez exame compreensivo das artérias realizadas e não demonstrou alterações. Pode ser liberado para casa.

Eliane de Souza
Enfermeira
Cora/SP 169976

Eliane de
Enfermeira
Coren/SP 165976
151



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

Enfermeiro(a) Responsável
Centro/SP 1801/86
Silvana
Data 25/01/95

Condutor Socorrista

SulAmérica

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

Para preenchimento dos campos sombreados, consultar o Manual de Orientação ao Prestador.

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5-Sentina

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

72/

8- Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN
[]	[]	[]	[]	[]

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	Flávio Minami
[]	[]	Muniz Fernandes Durante Unde	[]
Dados da Profissional Solicitante	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
[]	[]	[]	Dr. Flávio Minami
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	17 - Número no Conselho	18 - UF	21 - Atendendo a RN
[]	[]	[]	[]
21-Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	19 - Código CBO	CRM 176.647 - TECI 16598
[]	[]	[]	[]
Dados do Contratado Executante	23 - Indicação Clínica	24 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	25 - Descrição
[]	[]	[]	[]
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	26 - Código da Execução	27-Qtd. Solici.	28-Qtd. Aut.
[]	[]	[]	[]
Dados do Atendimento	32-Tipo de Atendimento	33-Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
[]	[]	[]	[]
Dados da Execução	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36-Data	37-Hora Inicial
[]	[]	[]	[]
Identificação(s) Profissional(is) Executante(s)	38-Ref.49-Grau Part. 80-Código na Operadora/CPF	39-Tabela 40-Código de Procedimento	41-Descrição
[]	[]	[]	[]
Dados do Profissional	42-Qtd.	43-Via 44-Tec. 45-Fator Red/Acresc.	46-Valor Unitário(R\$)
[]	[]	[]	[]
50-Nome do Profissional	51-Número no Conselho 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 - 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 pela Autorização	67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68-Assinatura do Contratado	69-Assinatura do Consultado
[]	[]	[]	[]