

Ficha de Acompanhamento

OS

1312

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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> CATE	<input checked="" type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	<input type="checkbox"/> Outros	

EMPRESA Promed. S.A. Solicitante WILIANA. Data 21/01/25

Origem: H. POLICLIN TTF x H. POLICLIN 9 JULHO x H. POLICLIN TSE

Nome: ARIELA SOLON KITANILHA Idade 38 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO

Nº CARTEIRINHA 772504009261012

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>64778</u>	km <u>64800</u>	km <u>64843</u>	km <u>64889</u>	km <u>64291</u>
	Hora Chegada <u>18:50</u>	Hora Chegada <u>19:45</u>	Hora Chegada <u>20:50</u>	
Hora <u>18:20</u>	Hora Saída <u>19:02</u>	Hora Saída <u>20:03</u>	Hora Saída <u>20:56</u>	Hora <u>21:30</u>

Visto Origem Stefany Cristina da Silva Coelho
COREN-SP 001.814.383-TE

Vista Destino Duarte Teixeira de Faria e Magalhães
COREN-SP 001.814.383-TE

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
<u>19:10</u>	<u>120x80</u>	<u>89</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36</u>	<u>99%</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

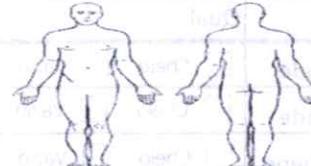
Resposta Motora

- 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	Perin	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 Thainá Melissa da Costa Andrade
RG/CPF 976 222 788 90

assinatura

Thainá A

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebemos o paciente do H. de origem para realizar exame de Tomografia abdominal total e retoano ao hospital de origem, paciente com AUP em MSO S/me dicagão. Entregamos a paciente 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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data ____ / ____ / ____

Enfermagem Responsável

Educa
60 10 32

Data ____ / ____ / ____

Condutor Socorrista

Audi

Data ____ / ____ / ____

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

2 - N.º Guia no Prestador

463359822

4199040

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha	18 - UF	19 - Código CBO
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
B - Número da Carteira 7725104009261012	89 - Nome Social	90 - Indicador de Cobertura Especial	
10 - Nome Ariela Sônia Quintanilha	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			
21 - Caráter do Atendimento			
22 - Data da Solicitação			
23 - Indicação Clínica <i>Endolítico amigdala</i>			
24 - Tabela			
1 -	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrção <i>Endolítico amigdala</i>	27 - Qtde. Solic.
2 -			28 - Qtde. Aut.
3 -			
4 -			
5 -			
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			
1 -	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela
2 -			40 - Código do Procedimento
3 -			41 - Descrição
4 -			42 - Qtde.
5 -			43 - Via
44 - Fator Red./Acresc.			
45 - Fator Red.			
46 - Valor Unitário - R\$			
47 - Valor Total - R\$			
52 - Conselho Profissional.			
53 - Número no Conselho			
54 - UF			
55 - Código CBC			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	3 -	5 -	7 -
2 -	4 -	6 -	8 -
58 - Observações/Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)			
60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)			
61 - Total de Materiais (R\$)			
62 - Total de Gases Medicinais (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			