

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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	<i>Fistula M5</i>
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA	<u>UNIMED Cacapava</u>	Solicitante	<u>Central de Vagos</u>	Data	<u>28/02/24</u>
---------	------------------------	-------------	-------------------------	------	-----------------

Origem:	<u>UNIMED Cacapava</u>	x	<u>Santos Dumond SJC</u>	x
---------	------------------------	---	--------------------------	---

Name:	<u>André dos Santos Franco</u>	Idade	<u>21</u>	Contato:	
-------	--------------------------------	-------	-----------	----------	--

Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
------	---	-----------------------------------

SUS / CONVENIO	<u>UNIMED</u>	Nº CARTEIRINHA	<u>0917046000623001</u>
----------------	---------------	----------------	-------------------------

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 169271	km 169299	km 169323	km 169379.	km
Hora 08:55h	Hora Chegada 09:25	Hora Chegada 10:14h	Hora Chegada 11:22.	

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
-------------	--	---	---	---------------------------------------	---------------------------------------

Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
---------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes	<input type="checkbox"/> Biot	<input type="checkbox"/> Kussmaul
--------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritimico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Brasisfemia	<input type="checkbox"/> Filiforme
--------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Abdomem	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
---------	---	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Membros Superior	<input checked="" type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	---	--	--------------------	------------------------------------	--

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
				15			

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS	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

Paciente transferido p/ UNIMES preparado para Santos Dumond com suspeita de EAP + Insuficiência Renal Crônica, com AVP em via radial e em enjugo de Nifide 6 mg/dia via BIC, oxigênio à 1 ml./d. Aparentemente calmo. Manter na festa em MGD.

*Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Achel
COREN-SP-279878-ENF*

Materiais Utilizados

01 Rango descartável

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

[Assinatura]

Data 28/12/24

Enfermagem Responsável

[Assinatura]

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Achel
COREN-SP-279878-ENF

Data 28/12/24

Condutor Socorrista

[Assinatura]

Data _____

156044 03/04/2003 0917046000623001

ANDRE DOS SANTOS FRANCA
GABRIELA LUZIA DOS SANTOS

DE

Dra. Ana Carolina

Médica
CRM-SP 258480

1706678

2-Nº

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

3 - 3 | 4 | 1 | 5 | 4

4 - Data da Autorização

5-Semana

6 - Data de Validade da Semana

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

André

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 Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24-Tabela 25-Código do Procedimento ou Item Assistencial

1 - [Redacted]

2 - [Redacted]

3 - [Redacted]

4 - [Redacted]

5 - [Redacted]

26-Descrição

Ambulância UTI

27-Qtd. Solic.

28-Qtd. Aut.

[Redacted]

[Redacted]