

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

<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 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 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

EMPRESA Unimed Cocapecana Solicitante Central de Vagas. Data 18/12/28Origem: H. Unimed Cocapecana x Clínica Vida x N. Santos Du MontNome: Jose Benedito de Oliveira Idade 84 Contato:Sexo Masculino FemininoSUS / CONVENIO Unimed Fazenda Vale Nº CARTEIRINHA 9700019002395858.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>61932</u>	km <u>61944</u>	km <u>61977</u>	km <u>61005</u>	km <u>62065</u>
Hora Chegada <u>9:30</u>	Hora Chegada <u>10:00</u>	Hora Chegada <u>10:30</u>	Hora Chegada <u>10:50</u>	Hora <u>12:28</u>

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Inconsciente
Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocôricas	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocôrica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E
Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnéico	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes
Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input checked="" type="checkbox"/> Ritítmico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfimia
Abdomem	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>9:00</u>	<u>130x80</u>	<u>78</u>	<u>18</u>	<u>12</u>	<u>36</u>	<u>99%</u>	<u>170</u>
<u>11:00</u>	<u>120x70</u>	<u>80</u>	<u>18</u>	<u>12</u>	<u>36</u>	<u>97%</u>	<u>170</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

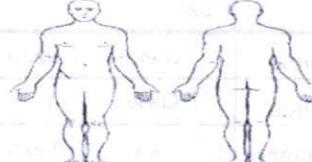
Resposta Motora

- 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

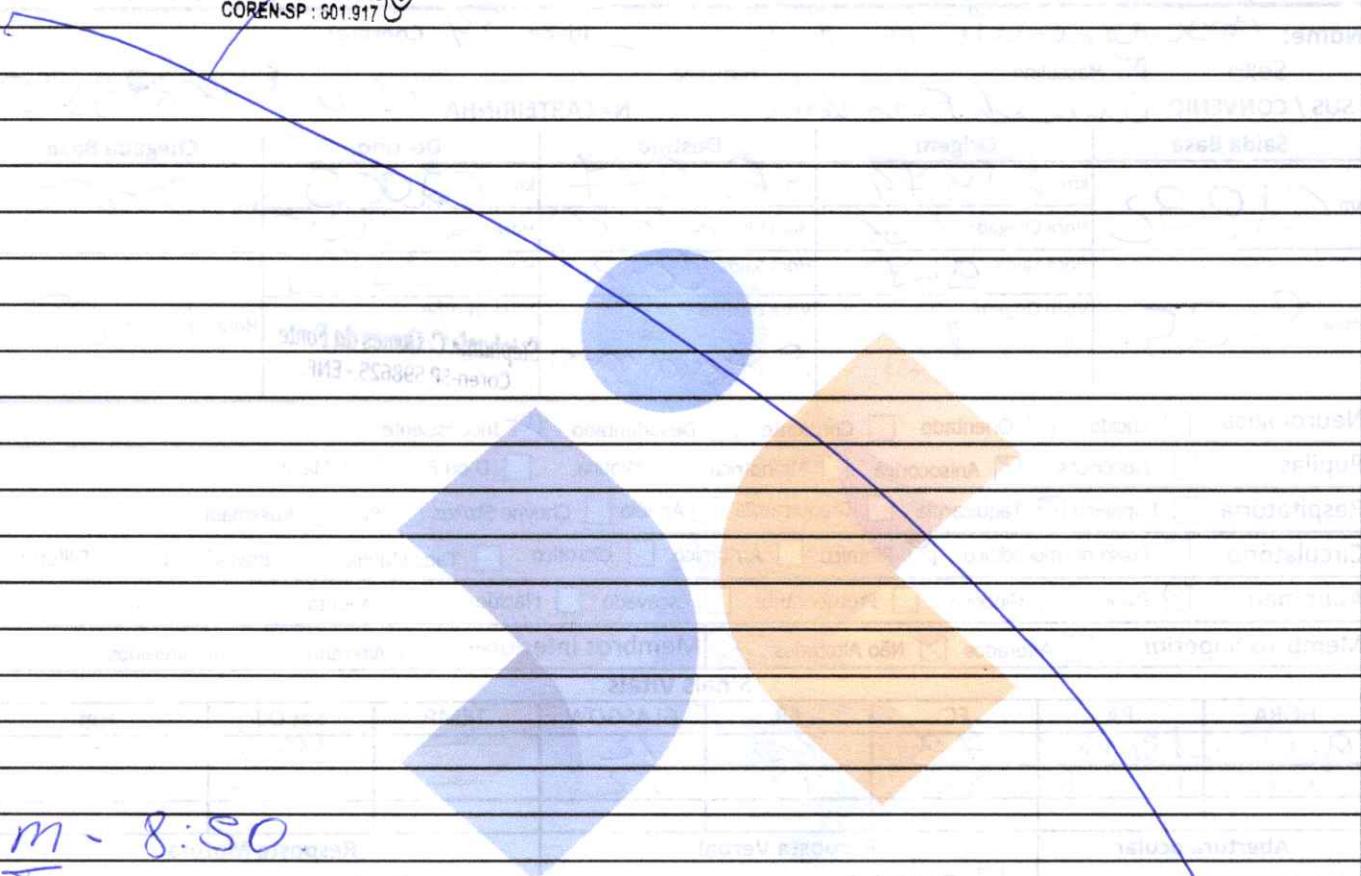
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.
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 Leandro Almeida
RG/CPF 32397825935assinatura J. P. Almeida

Observações Médicas / Enfermeiros

Pacote deido anas das Pms T.C. da Crâneos
desp. P.H. S.G.C. com Danois, Fintanis. Fio. 02. 60%.
Saturado 98% FC 86. Rely 10, pressão
TC sem hipotensão degrau P. Hospital São
Dumont

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira
COREN-SP: 001.917



m - 8:50.

T-

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	120	Quantos Bar Utilizou
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	130	Quantos Bar Utilizou
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	10	Quantos Bar Utilizou
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou

Médico Responsável

Luis

Data 18/12/24

Enfermagem Responsável

E

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira

Data COREN-SP: 001.917

18/12/24

Condutor Socorrista

Lie Fernando

Data 18/12/24

1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 4	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização	5 - Senha										
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira										
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado										
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional 0 0 6										
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação										
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela ou Item Assistencial										
25 - Código do Procedimento	26 - Descrição										
1 - []	[] Amb UFI										
2 - []	[]										
3 - []	[]										
4 - []	[]										
5 - []	[]										
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado										
Dados do Atendimento											
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)										
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-Via	44-Tec.	45-Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1-[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2-[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3-[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4-[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
5-[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48-Seq. Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF [] %	51-Nome do Profissional										
52-Conselho Profissional											
53-Número no Conselho	54-UF										
55-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1-[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2-[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
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								