

Ficha de Acompanhamento

OS 1236.
VTR 798.

<input checked="" 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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/>

Tipos de Exames CATE TOMO RX PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA H. UNIMED CACAPUA Solicitante C. Cipas Data 22/11/24

Origem: H. UNIMED CACAPUA x Fls. Cipas x

Nome: Jeferson da Silva Paula Idade 39 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Fora Vale Nº CARTEIRINHA 9700019001914392

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>59979</u>	km <u>60026</u>	km <u>60094</u>	km	km <u>60369</u>
Hora <u>09:42</u>	Hora Chegada <u>10:40</u>	Hora Chegada <u>11:50</u>	Hora Chegada	Hora <u>14:00</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>10:58</u>	<u>140x90</u>	<u>100</u>	<u>60</u>	<u>15</u>	<u>-</u>	<u>100%</u>	<u>-</u>
	<u>120x80</u>	<u>95</u>	<u>20</u>	<u>25</u>		<u>96%</u>	

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

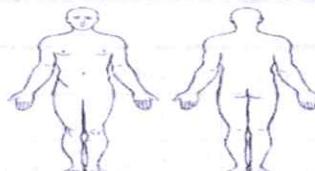
Resposta Motora

- 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 ambulancia 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 J. Paula

RG/CPF 83186654815

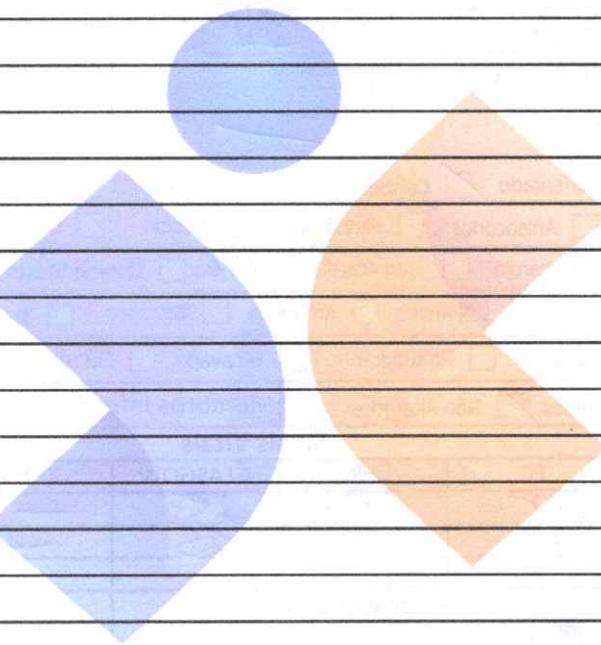
assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Pacote . Big . lucido, orientado e em ambiente.
Sem queixas no momento da consulta ou observação.
Pacote encaminhado para o Clínico . UTI.

Pacote com adesivo Vencido. MS (R) Salvo que teste
corrid negativo, bases de lactocloro, lento
de T.R. Sigue seu seu intracorônico operado
da mola.

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira
COREN-SP : 601.917



Materiais Utilizados

M - 10:28

T: 12:38

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 checked="" 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 22/11/24

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira
COREN-SP : 601.917

Data 22/11/24

Condutor Socorrista

[Assinatura]

Data 22/11/24

1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 4	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Sessão		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Assinatura do Profissional Solicitante	16 - Assinatura do Profissional Solicitante
JEFFERSON DA SILVA PAULA ERALDA PEREIRA DA SILVA PAULA			
17 - Número do Profissional			
18 - Assinatura do Profissional Solicitante			
19 - Assinatura do Profissional Solicitante			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento			
22 - Data da Solicitação			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ordem. Aut.
1 -	1 -	Ambulatório	UTI
2 -	2 -		
3 -	3 -		
4 -	4 -		
5 -	5 -		
28 - Código da Executante			
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			
1-1	1-1	1-1	41 - Descrição
2-1	2-1	2-1	42 - Ordem.
3-1	3-1	3-1	43 - Via
4-1	4-1	4-1	44 - Téc.
5-1	5-1	5-1	45 - Fator Red./Acresc.
37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento			
41 - Descrição			
42 - Ordem.			
43 - Via			
44 - Téc.			
45 - Fator Red./Acresc.			
46 - Valor Unitário (R\$)			
47 - Valor Total (R\$)			
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 - Código CBO			
56 - Data da Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -
58 - Observação / 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			