

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 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 CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA U. CASA PAVA . Solicitante _____ Data 27/08/29

Origem: U. CASA PAVA x H. JOSE SOTO x

Nome: Amarito Moreira Souza Silveira Idade 32 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED

Nº CARTEIRINHA 8850001738185005

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>162109.</u>	km <u>162154</u>	km <u>162190</u>	km <u>162228</u>	km
Hora <u>18:25</u>	Hora Chegada <u>18:48</u>	Hora Chegada <u>19:41</u>	Hora Chegada <u>20:10</u>	

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Désorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritimico	<input type="checkbox"/> Arritimico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfmgia
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 type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados

Sinais Vitais

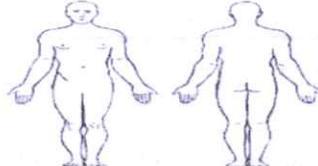
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>19:39</u>	<u>110280</u>	<u>95pm</u>		<u>15</u>		<u>95%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" 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 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 Stélio de Fátima Moreira

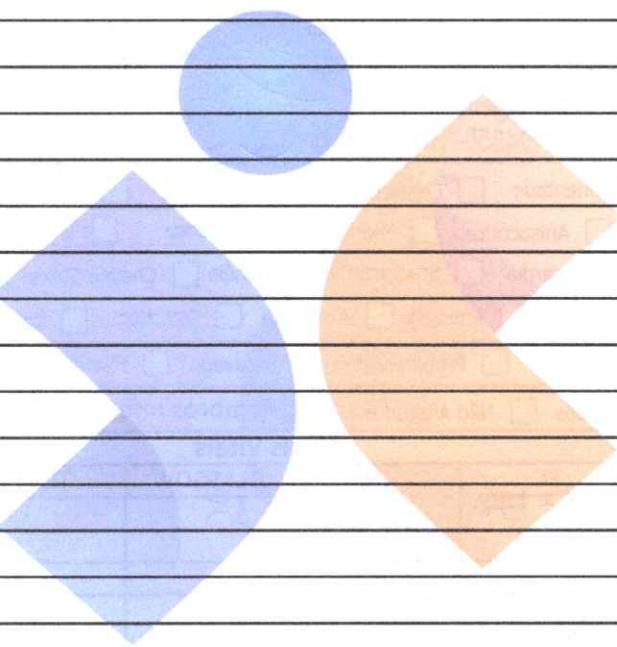
RG/CPF 45916 318-8

assinatura Moreira

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente transferida de cacoapara para Peinca em
ar ambiente, sem sorveterapia no MSE, deida, orientado
acompanhado pelas. Com queixa de cefalea intensa
suspeita AVCI. *Nardos*

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



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		

Dr. Lucas Gosti
Médico Responsável
Dr. MEDICO
CREMESP 260.341

Data 27/09/2024

Enfermagem Responsável
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Adiel
COREN-SP-279878-ENF
Nardos

Data 27/09/24

Condutor Socorrista
Jef.

Data / /



Unimed
Sé Novo Paulista

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

1659933

2- N°

1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 4	3 - Número da Guia Principal []	6 - Data de Validade da Senha []	7 - Número da Guia Atribuída nela Encerrada []
4 - Data da Autorização [/ /]	5-Senharia []	[]	
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 []	16 - Conselho Profissional [0 1 6]	17 - Número no Conselho []
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Carteira do Atendimento []	22 - Data da Solicitação [/ /]	23 - Indicação Clínica []	24 - Tabela 26 - Código do Procedimento ou Item Assistencial ou Item Assistencial 1 - [] 2 - [] 3 - [] 4 - [] 5 - []
Dados do Executante			
27 - Código da Operadora []	28 - Descrição Ampliação UTA	29 - Código da Operadora []	30 - Nome do Contratado []
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento []	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença) relacionada []	34 - Tipo de Consulta []	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento []
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36-Data 1-[] 2-[] 3-[] 4-[] 5-[]	37-Hora Inicial 1-[] 2-[] 3-[] 4-[] 5-[]	38-Hora Final 1-[] 2-[] 3-[] 4-[] 5-[]	39-Trabalho 1-[] 2-[] 3-[] 4-[] 5-[]
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
40-Código do Profissional Ref. 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF [] [] [] [] []	41-Descrição [] [] [] [] []	42 - Qtd. [] [] [] [] []	43-Via 44-Tec. 45-Fator Red./Acresc. 46-Valor Unitário (R\$) [] [] [] [] []
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
47-Seq Ref. 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF [] [] [] [] []	51-Nome do Profissional [] [] [] [] []	52-Conselho Profissional [] [] [] [] []	54-LUF 55-Código CBO [] [] [] [] []
Detalhamento de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 1-[] 2-[] 3-[] 4-[]	60 - Total de Taxas e Aluguel (R\$) 3-[] 4-[]	61 - Total de Materiais (R\$) 6-[]	63 - Total de Medicamentos (R\$) 7-[] 8-[]
Observação / Justificativa			
65 - Total Geral (R\$) 9-[] 10-[]	66 - Assinatura do Responsável ou Autorização []	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável []	68 - Assinatura do Contratado []