

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☒ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TOT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros transfusão

EMPRESA UNIMED. CACAIAVA Solicitante Central Vagas Data 04/03/25

Origem: Cacatiava x Pinda x

Nome: José Roberto dos Santos Idade 63 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED. Nº CARTEIRINHA 860083400240002

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>174206</u>	km <u>174231</u>	km <u>174267</u>	km	km <u>174291</u>
	Hora Chegada <u>05:38</u>	Hora Chegada <u>06:10</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>05:49</u>	Hora Saída <u>06:29</u>	Hora Saída	
Hora <u>05:00</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora <u>07:00h</u>
	<u>*Fange. M. M. M.</u>			

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ consciente ☐ Confuso ☒ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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>80</u>	<u>20</u>	<u>15</u>			

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

- ☐ Obedece 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									

AUP
MS(D)
SF 0.9%



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 _____ assinatura _____

RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros

Remoção Realizada Sem Intercorrenças

Materiais Utilizados

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

Data

Enfermagem Responsável

Aline
Cren: 871.076

Data

04/03/25

Conductor Socorrista

Lucas H

Data

04/03/25

1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 4		3 - Número da Guia Principal									
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha								
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora											
Dados do E											
8 - Número	159185 26/10/1961 8600834007270002										
JOSE ROBERTO DOS SANTOS		10 - Nome Jose Roberto dos Santos									
Dados do E		11 - Cartão Nacional de Saúde									
12 - Código	CARMELINA DOS SANTOS	12 - Atendimento a RN									
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional 106	17 - Número no Conselho								
18 - UF		19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Rodrigo F. Campiro Médico CRM 119.621								
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	26 - Descrição Ambulância UTI									
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES								
Dados do Atendimento											
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo da Encerramento do Atendimento								
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 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
1 -			3 -			5 -				7 -	
2 -			4 -			6 -				8 -	
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			