

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

☒ BASICA ☐ 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 ☐ Outros
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☒ RMN ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA Hospital CEPOR Solicitante Central Data 20/10/24

Origem: Hospital CEPOR x Clínica Radiologia de Bona x

Nome: Ana Luiza Silva Faria Idade 18 Contato: (12) 992125613

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 009003200695304

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>45373</u>	<u>45435</u>	<u>45452</u>	<u>45469</u>	<u>45519</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>09:13</u>	<u>09:50</u>	<u>13:00</u>	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>09:30</u>	<u>12:40</u>	<u>13:10</u>	
<u>08h15</u>	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	<u>13:50</u>
	<u>Michelle</u>	<u>Michelle</u>	<u>Michelle</u>	

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente
Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriáticas ☐ Mioticas ☐ D ou E ☐ É Maior
Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul
Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☐ 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>09:30</u>	<u>130/70</u>	<u>69</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>96%</u>	<u>—</u>
<u>12:40</u>	<u>130/70</u>	<u>72</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>99%</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

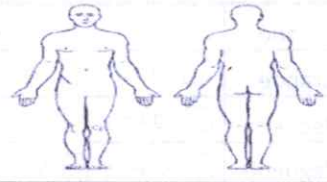
Resposta Motora

☒ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crã	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 Isiane PP do Silva Faria (Mãe)
 RG/CPF 176935277-10

Assinatura Isiane

Observações Médicas / Enfermeiros

09:00h Paciente acordado em maca com cabeceira e membros elevados com diagnóstico de abd? 4u. Refere dor de 1º grau com melhora no campo de visão. Encontro com enfermeiro, enfermeiro, enfermeiro, enfermeiro, enfermeiro. 15. Montando AVP em M60 gelatinado com duas placas. Foi o único anti-inflamatório. Refere eliminação fisiológica presentes sem queira de dor grave. Segue em transporte para realização do exame RMN. Paciente em febre desde 00:00h.

Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

Mãe refere que paciente ficou 4 um lado e

10:00h Iniciado o exame RMN

Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

12:25h Mãe não se lembra de quando paciente acordou e estava com dor de cabeça quando chegou e liberado para retornar capax pelo clínico

13:00h Paciente retornou ao Hospital de origem, acomodado no leito, sem queira de dor grave, no campo de visão entregue assim o exame o equipe de enfermagem.

Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

Materiais Utilizados

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data

Enfermeira Responsável

Data

Condutor Socorrista

Wellington Oliveira
Data 20/06/24



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

2- Nº Guia no Prestador

0004390480

1 - Registro ANS 3 5 5 7 7	3 - Número da Guia Principal 0 0 0 4 3 9 0 4 8 0	5 - Senha 2 4 0 2 5 2 4 7 6 8	6 - Data de Validade da Senha 20/08/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 0 0 0 4 3 9 0 4 8 0	11 - Cartão Nacional de Saúde N			
4 - Data da Autorização 21/06/2024	8 - Número do Beneficiário 9 7 0 0 0 3 2 0 0 0 6 9 5 1 0 4	9 - Validade da Carteira 10 - Nome ANA LUIZA SILVA FARIA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 123	18 - UF 35	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código na Operadora 0 2 0 9 9 9 9 9 7 9	14 - Nome do Contratado PRESTADOR NAO COOPERADO	15 - Nome do Profissional Solicitante CESAR M ZANGRANDI	21 - Cartão do Atendimento 21/06/2024	22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 18 6 0 0 1 8 9 6 8	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição REMOCAO EM AMBULANCIA SIMPLES ADULTO COM ENFERMAGEM PARA SADT INTERMUNICIPAL POR KM	27 - Qtd. Solic. 1,00	28 - Qtd. Aut. 1,00
29 - Código na Operadora 020.00082627-2	30 - Nome do Contratado PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA	31 - Código CNES 9 7 7 7 9 5 4	32 - Tipo de Atendimento 0 5	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	42 - Qtd. 1,00	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red. Acrec. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 0,00
36 - Data 21/06/2024	37 - Hora Inicial 08:34	38 - Hora Final 08:34	39 - Tabela 18	40 - Código do Procedimento 60018968	41 - Descrição REMOCAO EM AMBULANCIA SIMPLES ADULTO COM	42 - Qtd. 1,00	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red. Acrec. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 0,00	
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	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Responsável - pelo Autorização
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 - pelo Autorização	67 - Assinatura do Responsável - pelo Autorização