



Secretaria Municipal de Saúde

Pronto Atendimento Dr. Guido Guida

PEDIDO DE REMOÇÃO DE PACIENTE INTERNADO

DATA: ____/____/____

SETOR: _____

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____ SEXO () MASC () FEM

FAA: _____ LEITO: _____ PACIENTE ACAMADO: () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO: _____

UNIDADE: PRONTO ATENDIMENTO DR. GUIDO GUIDA

REMOÇÃO PARA:

() ALTA – DESTINO: _____

() TRANSFERÊNCIA – DESTINO: _____

() EXAME – QUAL: _____

ENDEREÇO DO LOCAL DO EXAME: _____

TIPO DE REMOÇÃO: () SIMPLES () UTI () UTI NEONATAL

DADOS SOBRE AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE NA SAÍDA DO SETOR:

USO DE O₂: () SIM () NÃO TIPO: _____

PESO: _____ KG

OUTROS EQUIPAMENTOS EM USO:

OBS: _____

ASSINATURA DO ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

Rua Barão de Jupurana, 43 – Jardim Medina – Poá-SP

4636-3200