



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS

| | |
|---|----------------------------|
| Unidade de Saúde: _____ | |
| Usuário: _____ | DN: _____ |
| Nº SUS: _____ | Nº SES: _____ |
| Endereço: _____ | |
| Cidade: _____ | Estado: _____ |
| Encaminhamos o Sr(a) acima identificado para: Unidade: _____ Nº: _____ Endereço: _____ | |
| SITUAÇÃO/ MOTIVO DA PROCURA: | |
| PA: _____ PULSO: _____ FR: _____ TEMP.: _____ SATURAÇÃO: _____ | DESCRIÇÃO: |
| HISTÓRICO: | |
| COMORBIDADES: () SIM () NÃO ALERGIAS: () SIM () NÃO MEDICAÇÕES EM USO: () SIM () NÃO VULNERABILIDADE SOCIAL: () SIM () NÃO | DESCRIÇÃO: |
| AVALIAÇÃO: | |
| CONDUTA NA UNIDADE: () SIM () NÃO | DESCRIÇÃO: |
| RECOMENDAÇÃO: | |
| CONTATO PRÉVIO: () SIM () NÃO NOME DO SERVIDOR: _____ SOLICITADO TRANSPORTE SANITÁRIO: () SIM () NÃO | |
| DATA: | ASSINATURA: |