

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA DE PACIENTE

DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

NOME DO PACIENTE: _____ REGISTRO: _____

UNIDADE DE ORIGEM: _____ LEITO: _____

ESPECIALIDADE SOLICITADA PARA TRANSFERÊNCIA: _____

DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR: _____ IDADE: _____ SEXO: () F () M

ISOLAMENTO: () NÃO () SIM TIPO: _____ DIALÍTICO: () NÃO () SIM

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE:

- Nível de consciência

() Orientado () Confuso () Agitado () Sonolento () Outro: _____

- Respiração:

() Espontânea () Cateter nasal O₂ _____ L/min SpO₂: _____% FR: _____ ipm

- Hemodinâmica:

PA: _____ mmHg FC: _____ bpm

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Declaro que todas as informações citadas acima são verdadeiras.

Assinatura do Médico Responsável / Carimbo

Recebido por: _____

Assinatura da enfermeira do Núcleo Interno de Regulação/Carimbo

DATA: ____/____/____ Hora: ____:____

() Atendido () Não atendido

Unidade _____ Leito _____ DATA ____/____/____

Assinatura enfermeiro NIR: _____