UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CASTANHAL
AIH (Autoriza
OGUIA DE AUT
DOCUMENTOS P
$\bigcirc$ RG
○ CPF

## **CHECK-LIST DE TRANSFERÊNCIA**

AIH (Autorização de Internação Hospitalar)
◯ GUIA DE AUTORIZAÇÃO DO LEITO (SISREG, SER)
DOCUMENTOS PESSOAIS (CÓPIA):  RG CPF CARTÃO DO SUS COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
<ul><li>○ EVOLUÇÃO MÉDICA</li><li>○ PRESCRIÇÃO MÉDICA</li><li>○ ACOMPANHANTE DO MESMO SEXO</li></ul>
EXAMES:
<ul> <li>RAIO-X DA FRATURA/LESÃO</li> <li>RAIO-X DE TÓRAX</li> <li>ELETROCARDIOGRAMA</li> <li>TESTE DE COVID</li> <li>COMPROVANTE DE VACINAÇÃO</li> <li>LAB - HEMOGRAMA COMPLETO</li> <li>LAB - TS/TC</li> <li>LAB - UREIA</li> <li>LAB - CREATININA</li> <li>LAB - GLICEMIA EM JEJUM</li> <li>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA(TC)? SIM NÃO</li> <li>NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS? SIM NÃO</li> </ul>
Declaro estar ciente da obrigação de ENVIO <u>todos</u> os itens informados acima no ato da transferência, podendo incorrer em prejuízos ao paciente na falta destes.
Enfermeiro(a) responsável:  Data:// Hora::
V 4 0 0 4 10 4 10 0

U	P		24	h
UNIDAD	DE DE PR	ONTO	ATENDIN	<b>JENTO</b>
	CAS	HAME	IAI	

## CHECK-LIST DE TRANSFERÊNCIA

○ AIH (Autorização de Internação Hospitalar)
◯ GUIA DE AUTORIZAÇÃO DO LEITO (SISREG, SER)
DOCUMENTOS PESSOAIS (CÓPIA):  RG CPF CARTÃO DO SUS COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
<ul><li>○ EVOLUÇÃO MÉDICA</li><li>○ PRESCRIÇÃO MÉDICA</li><li>○ ACOMPANHANTE DO MESMO SEXO</li></ul>
EXAMES:
<ul> <li>RAIO-X DA FRATURA/LESÃO</li> <li>RAIO-X DE TÓRAX</li> <li>ELETROCARDIOGRAMA</li> <li>TESTE DE COVID</li> <li>COMPROVANTE DE VACINAÇÃO</li> <li>LAB - HEMOGRAMA COMPLETO</li> <li>LAB - TS/TC</li> <li>LAB - UREIA</li> <li>LAB - CREATININA</li> <li>LAB - GLICEMIA EM JEJUM</li> </ul> TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA(TC)? ○SIM ○NÃO NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS? ○SIM ○NÃO
Declaro estar ciente da obrigação de ENVIO <u>todos</u> os itens informados acima n ato da transferência, podendo incorrer em prejuízos ao paciente na falta deste
Enfermeiro(a) responsável:

Ver. 1.0 24/01/2022

Ver. 1.0 24/01/2022