

## 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

- ☐ EVOLUÇÃO MÉDICA
- ☐ PRESCRIÇÃO MÉDICA
- ☐ ACOMPANHANTE DO MESMO SEXO

### EXAMES:

- ☐ RAIO-X DA FRATURA/LESÃO
- ☐ RAIO-X DE TÓRAX
- ☐ ELETROCARDIOGRAMA
- ☐ TESTE DE COVID
- ☐ COMPROVANTE DE VACINAÇÃO
- ☐ LAB - HEMOGRAMA COMPLETO
- ☐ LAB - TS/TC
- ☐ LAB - UREIA
- ☐ LAB - CREATININA
- ☐ LAB - GLICEMIA EM JEJUM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA(TC)? ☐SIM ☐NÃO

NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS? ☐SIM ☐NÃO

Declaro estar ciente da obrigação de ENVIO todos os itens informados acima no ato da transferência, podendo incorrer em prejuízos ao paciente na falta destes.

Enfermeiro(a) responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_:\_\_

## 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

- ☐ EVOLUÇÃO MÉDICA
- ☐ PRESCRIÇÃO MÉDICA
- ☐ ACOMPANHANTE DO MESMO SEXO

### EXAMES:

- ☐ RAIO-X DA FRATURA/LESÃO
- ☐ RAIO-X DE TÓRAX
- ☐ ELETROCARDIOGRAMA
- ☐ TESTE DE COVID
- ☐ COMPROVANTE DE VACINAÇÃO
- ☐ LAB - HEMOGRAMA COMPLETO
- ☐ LAB - TS/TC
- ☐ LAB - UREIA
- ☐ LAB - CREATININA
- ☐ LAB - GLICEMIA EM JEJUM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA(TC)? ☐SIM ☐NÃO

NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS? ☐SIM ☐NÃO

Declaro estar ciente da obrigação de ENVIO todos os itens informados acima no ato da transferência, podendo incorrer em prejuízos ao paciente na falta destes.

Enfermeiro(a) responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_:\_\_