UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CASTANHAL
AIH (Autorização o
GUIA DE AUTORIZA
DOCUMENTOS PESSO RG CPF CARTÃO DO COMPROVA
○ EVOLUÇÃO MÉDIO ○ PRESCRIÇÃO MÉDIO ○ ACOMPANHANTE

			^
CHECK-LIST	DE TD	ANICEE	
CHECK-LIST	DE IK	AINSEC	TEINCIA

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 <u>MESMO SEXO</u>
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 <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::

		_	
		- $ -$	
			J 1
			7
UNIDADE DI			1ENTC
	CASTANI	HAL	

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 <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::