

Nome completo: **#NOME COMPLETO#**

Data de nascimento: **#DN#**
TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES: INTRAHOSPITALAR E EXTRAHOSPITALAR

Data: **#DIA HJ#** Hora: **#HR#** Unidade de origem: **#UNIDADE ORIGEM#** Unidade de destino: **#UNIDADE DESTINO#**

Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta () Maqueiro

Tipo de Remoção:

Motivo: () alta () exame () internação () consulta

Motivo da transferência: **#MOTIVO TRANSFERENCIA#**

Diagnóstico: **#DIAGNOSTICO#**

Sinais Vitais: PA: **#PA#** mmHg FC: **#FC#** bpm FR: **#FR#** rpm T: **#TAX#** °C Dor: **#DOR#**

SpO₂: **#SP#** BCF: bpm

Medicamentos em uso: **#MEDICAMENTOS#**

Riscos gerados: () TEV () LPP () Queda () Outros:

Protocolos gerenciados: () Não se aplica () Sepse () Dor torácica () Hemorragia pós-parto () Outros

Suporte de ventilação: () Não () Sim () Cateter l/min () Nebulização l/min () Ventilação mecânica

Acessos vasculares: () CVP () PICC () Port a cath () Outros

Sondas, drenos, ostomias: () Não () Sim Qual?

Outros dispositivos:

Lesão de pele: () Não () Sim Local: Estágio:

Curativos:

Precaução: () Não () Sim () Contato () Aerossóis () Gotículas

Monitorização: () Não () Sim Qual?

Nível de consciência: () Sonolento () Comatoso

Locomoção: () Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado

Transporte utilizado: () Cadeira de rodas () Maca () Incubadora de transporte () Berço

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: () Não () Sim () HAS () DM () AVC () DPOC () Outros
Alergias: () Não () Sim Qual?
Procedimentos realizados: () Não () Sim Qual? Data: ____/____/____
Valores, crenças, barreiras: () Não () Sim Qual?

AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

#AVALIACAO#
RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências

() Não () Sim Qual(is)? **#RECOMENDACOES#**

Exames Pendentes:

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo)
(Unidade de origem)

Sinais vitais de admissão: PA mmHg

FC: bpm FR: rpm T: °C Dor

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo)
(Unidade de destino)

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA HAPVIDA DIAGNÓSTICO APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame: () Não () Sim

Paciente apresentou intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual:

Conduta imediata: () Não () Sim Qual:

Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? () Não () Sim

Sinais Vitais: PA mmHg FC: bpm FR: rpm T: °C Dor

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia
(Unidade de destino)

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA REMOÇÃO ANTES E APÓS A REALIZAÇÃO DO TRAJÉTO

Sinais Vitais no transporte saindo da origem: PA	mmHg	FC:	bpm	FR:	rpm	T:	°C	Dor:
Paciente apresentou intercorrência durante o transporte: () Não () Sim Qual:								
Conduta imediata: () Não () Sim Qual:								
Procedimentos realizados durante o transporte:								
Sinais Vitais após a finalização do transporte: PA	mmHg	FC:	bpm	FR	rpm	T:	°C	Dor:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem da Remoção:

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo) Remoção	Sinais vitais de admissão: PA	mmHg
	FC:	bpm
	FR:	rpm
T		°C
Dor:		
Enfermeiro (Assinatura e Carimbo) (Unidade de destino)		

CHECKLIST DE TRANSPORTE SEGURO INTRAHOSPITALAR

CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE	PROFISSIONAIS	CLASSIFICAÇÃO MÉDICA
Baixo Risco (Não-Críticos)	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas, não sejam dependentes de oxigenoterapia.	Técnico/Auxiliar de Enfermagem ou Maqueiro	()
Risco Médio (Não-Críticos)	Pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém, com necessidade de monitoração hemodinâmica ou oxigenoterapia.	Técnico/Auxiliar de Enfermagem ou Maqueiro + Enfermeiro	()
Alto Risco (Crítico)	Pacientes instáveis e que podem precisar de intervenções agudas: pacientes com via aérea artificial (intubação endotraqueal, crico/traqueostomia) em assistência ventilatória mecânica; necessidade de suplementação de O ₂ com pressão de suporte; desconforto respiratório moderado a grave (SpO ₂ < 90%); presença de instabilidade hemodinâmica; uso de drogas vasoativas; utilização de monitorização invasiva; rebaixamento sensorial	Técnico de enfermagem ou Maqueiro + Enfermeiro + Médico + Fisioterapeuta	()

Assinatura e carimbo do médico: _____ Horário: _____

Equipamentos para o transporte do paciente de médio risco no intrahospitalar

EQUIPAMENTO	Sim	Não
Monitor multiramétrico		
Bateria do equipamento checada		
Cilindro de oxigênio verificado		
Carga de O ₂ maior que 50% da capacidade do cilindro		

Equipamentos, materiais e medicações para o transporte do paciente de alto risco no intrahospitalar

EQUIPAMENTO	Sim	Não
Monitor multiramétrico		
Ventilador de transporte		
Cilindro de oxigênio verificado		
Carga de O ₂ maior que 50% da capacidade do cilindro		
Bateria dos equipamentos checada		
Maleta de transporte		

Assinatura e carimbo do Enfermeiro: _____ Horário: _____