**ANEXO X – *Checklist* emitido pela UAt de destino**

|  |
| --- |
| Folha nº 1 |

Uma imagem contendo Logotipo

Descrição gerada automaticamente

**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**EXÉRCITO BRASILEIRO**

**CABEÇALHO DA OM**

|  |
| --- |
| Nome completo do beneficiário: |
| Prec-CP/matrícula/CPF: |
| Idade: |
| Posto/graduação do titular: |
| Necessita de acompanhante?  Sim                           Não |
| Consulta/exame/procedimento solicitado: |
|  |
| **DIVISÃO DE MEDICINA/DIVISÃO DE CLÍNICAS (Responsável na OMS Destino)**  O profissional está ciente da data do agendamento para avaliação e realização do procedimento?    Sim                           Não  Em caso de negativa justificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_             Assinatura:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                     Chefe da Divisão de Medicina |
| **DEPÓSITO DE MATERIAL CIRÚRGICO/FARMÁCIA/ SETOR OPME:**  O material para a cirurgia e os OPME encontram-se disponíveis?  Sim                           Não  Em caso de negativa justificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                   Assinatura:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                              Chefe da Farmácia |
| **CENTRO CIRÚRGICO:**  O nome do paciente consta no mapa cirúrgico referente ao dia do agendamento?  Sim                           Não  Em caso de negativa, justificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  O setor está em condições de realizar o procedimento do beneficiário? Sim                           Não  Em caso de negativa, justificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                          Assinatura:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                              Chefe do Centro Cirúrgico |
| **UNIDADE DE INTERNAÇÃO:**  Há leito reservado para o paciente?  Sim                           Não  Em caso de negativa, justificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                     Chefe do Setor de  Internação |
| **Daqui pra baixo, a cargo da RM destino (Seç Sau Reg, mudando o nome)** |
| **ASSISTÊNCIA SOCIAL:**  Há Hotel de Trânsito ou Casa de Hóspedes reservado (a) para o paciente?  Sim                           Não  Em caso de negativa, justificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                     Assinatura:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                    Chefe do Setor de Assistência Social |

|  |
| --- |
| Folha nº 2 |

|  |
| --- |
| **TRASLADO:**  **Deslocamento aeroporto/rodoviária/porto – HT/CH ou OMS/OCS/PSA**  (é necessário verificar se o paciente chegará direto para a internação ou não)  Motorista:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Deslocamento HT/CH ou OMS/OCS/PSA no dia do procedimento/consulta**     Motorista:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Deslocamento OMS/OCS/PSA – HT/CH**                                                                            Motorista:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Deslocamento HT/CH - aeroporto/rodoviária/porto**                                                    Motorista:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                Assinatura:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                  Ch Setor de Assistência Social  **Observações**:  1) Caso haja necessidade de deslocamentos adicionais, o serviço social organizará o cronograma, conforme a escala dos motoristas da UAt de destino.  2) O presente check-list deverá ser enviado à RM e à UG FuSex de origem do paciente 8 (oito) dias antes do deslocamento do beneficiário e seu acompanhante.  Aprovo as informações do *Check list*                Assinatura:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                            Cmt/Dir/Ch da UG FuSEx |