

Transporte Doente Crítico - Registo de Enfermagem

Identificação do Doente

Ficha N.º: ____/____/____ Data: ____/____/____

Serviço: _____ Médico: _____

Hora Contacto: ____:____ Hora ULSCB: ____:____

Hora Inicio TDC: ____:____ Hora Fim: ____:____

Hora de Chegada ULSCB: ____:____

Destino: _____ Médico: _____

SCORE TDC: _____ | GCS: _____

ESTADO ATUAL
DO DOENTE

Diagnóstico: _____ | Notas de Enfermagem: Sim ☐ Não ☐ | História Clínica: Sim ☐ Não ☐

GSA: Sim ☐ Não ☐ | Análises: Sim ☐ Não ☐ | MCDT's Sim ☐ Não ☐ | Quais: _____

Suporte Respiratório: ON ☐ | MV ☐ | MAC ☐ | Alto Fluxo ☐ | VNI ☐ | TET/O₂ ☐ | VI ☐: _____ | O₂/FiO₂: _____

Suporte Cardiovascular: Pacing ☐ | Vasopressores ☐ _____ | Fluidos ☐ _____

Outros: _____

INTERVENÇÕES
DURANTE O TDC

VIA AÉREA: Desobstrução VA ☐ | Aspiração: Orofaringe ☐ Oro/NasoTraqueal ☐ | Guedell ☐ N.º _____

VENTILAÇÃO: ON ☐ | MV ☐ | MAC ☐ | Alto Fluxo ☐ | O₂: ____ | VNI ☐ | TET ☐ N.º ____ | VI ☐: _____ | FiO₂: ____

CIRCULAÇÃO: Acessos: Central ☐ Periférico ☐ Calibre ____ | Local (s): _____

Compressões Cardíacas Externas ☐ | Desfibrilhação ☐ | SAV ☐ N.º Ciclos: _____ | Pacing: ☐ Intensidade: _____

ENG: ☐ Calibre: ____ | N.º Vias ____ | Lavagem Gástrica ☐ | ALGALIAÇÃO: Calibre: ____ Ch | N.º Vias ____

OUTRAS ATITUDES: Imobilização: ☐ Local (s): _____ Outras: _____

| HORA | PA/ TA | FC | FR | SpO ₂ | EtCO ₂ | Dor | T | GCS RASS | FÁRMACO | Via | Dose | ml/h | Obs. |
|-------------------|-----------|----|----|------------------|-------------------|-----|---|-------------|---------|-----|------|------|------|
| Saída -ULSCB | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Chegada - destino | | | | | | | | | | | | | |

Notas de Enfermagem: _____

Intercorrências no TDC: _____

Equipa TDC: Enfermeiro: _____ N.º Mec: _____ | Médico: _____ N.º Mec: _____