

Transporte Doente Crítico - Registo de Enfermagem

Identificação do Doente

Ficha N.º: _____ / _____ Data: _____ / _____ / _____

Serviço: _____ Médico: _____

Hora Contacto: _____ : _____ Hora ULSCB: _____ : _____

Hora Início 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: _____

Supporte 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 | Desfibrilação | 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.ºMec: _____ | Médico: _____ N.ºMec: _____