

Data: ____/____/20____ **Horário do transporte:** _____ **Nº de remoção:** _____

1- IDENTIFICAÇÃO (PREENCHIMENTO MÉDICO)

Paciente:	
Unidade de Origem:	Leito:
Assinatura/ Carimbo Médico:	SES do paciente: Data de nascimento: ____/____/____

2- DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Motivo da transferência: _____

Setor de Origem:	Transferência/Local:
Será encaminhado pelo: ()NARP ()NARP + equipe do setor de origem	
Instituição de destino: _____	Para realização de: () Exame () Consulta () Transferência () Outro, qual?

3- CONDIÇÕES PARA TRANSPORTE

() Consciente () Inconsciente () Orientado () Confuso	
Isolamento () Sim () Não	Tipo de Isolamento:
Necessita acompanhante? () Não () Sim Nome do acompanhante: _____	
() Acamado () Deambulando () Berço	Acompanhante autorizado pelo Médico e/ou Enfermeiro () Sim () Não
() SNG () SNE () AVC () AVP MS:	Jejum: () Sim () Não
() Colostomia () SVD () Dreno	Algum tipo de preparo: () Sim () Não
() BIC. Volume: _____ ml/h. Droga: _____ ; VM: () Sim () Não; Uso de Bala de O2: () Sim () Não	

4-SINAIS VITAIS

 PA: _____ mmHg; P: _____ bpm; R: _____ irpm; T° C; SatO² _____ %

5-UNIDADE DE ORIGEM PREENCHIDO PELO NARP/ENFERMAGEM

Horário de saída do HRG:	Liberado por:
	Assinatura/MAT.:
Horário de chegada no destino:	Liberado por:
	Assinatura/MAT.:

6- UNIDADE DE DESTINO

Horário de saída do destino:	Liberado por:
	Assinatura/MAT.:
Horário de chegada no HRG:	Liberado por:
	Assinatura/MAT.:

Procedimento foi realizado? () Sim () Não	Motivo:
---	---------

Prof: () Enfermeiro () Tec. Enfermagem () Padioleiro () Auxiliar de Enfermagem
Assinatura/Matrícula:

Registros de intercorrência (s):

Até o item 4 deverá ser preenchido pela unidade em que o paciente está (ORIGEM) com base na liberação (ASSINATURA) do médico solicitante