

FICHA PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

Data : ____/____/____ Horário de transporte : _____

1. IDENTIFICAÇÃO (A ser preenchido pelo Médico solicitante)

Paciente: _____

Unidade de Origem: _____

Leito : _____

Profissional Solicitante: _____

Prontuário : _____

2. MOTIVO DO TRANSPORTE (A ser preenchido pelo Médico solicitante)

Horário do procedimento/transferência : _____

Procedimento a ser realizado : _____

Transferência, local : _____

() Dom Bosco

Será recebido por:

Setor: _____

() Médico () Enfermeiro () Outro.

() Outros

Nome: _____

Local: _____

Setor : _____

3. CONDIÇÕES PARA O TRANSPORTE (A ser preenchido pelo Médico solicitante)

() consciente () inconsciente () orientado () confuso

Isolamento () não () sim

Tipo de isolamento: _____

Necessita Acompanhante () sim () não

Nome do Acompanhante: _____

Grau de Parentesco: _____

() deambulando () sentado () maca

4. AVALIAÇÕES PARA TRANSPORTE (A ser preenchido pelo Médico solicitante)

Verificar presença de :

() SNG () SNE () AVC__ () AVP MS__

Jejum: () sim () não

() Colostomia () SVD () Dreno

Algum tipo de preparo: () sim () não

() BIC. volume: _____ ml/h. Droga: _____

Qual: _____

5. SINAIS VITAIS (A ser preenchido pelo Técnico de Enfermagem)

Tº: _____ °C P: _____ bpm R: _____ irpm PA.: _____/_____ mmHg Sat. O2 : _____ %

6. UNIDADE DE ORIGEM (A ser preenchido pelo Maqueiro)

Horário de Saída : _____

Liberado por : _____

Assinatura : _____

Horário de Retorno : _____

Recebido por : _____

Assinatura : _____

7. UNIDADE DE DESTINO (A ser preenchido pelo Maqueiro)

Horário de Chegada : _____

Recebido por : _____

Assinatura : _____

Horário de Saída : _____

Liberado por : _____

Assinatura : _____

Procedimento foi realizado? () sim () não Motivo: _____

MAQUEIRO : _____

Assin. : _____