



FICHA DE SAIDA PARA CONVENIO



Informações da equipe

Médico: (assinatura e carimbo)

Enfermeiro: (assinatura e carimbo)

Técnico de enfermagem: (assinatura e carimbo)

Motorista:

Informações do paciente

Nome do paciente:

Idade:

Acamado: () Sim () Não

() Masc () Fem

Prontuário CMDPRO:

Setor:

Peso: _____ kg

Leito:

Possível Diagnostico:

Acompanhante:

Parentesco:

EOT: () Sim () Não

Uso de O2: () Sim () Não Tipo: _____

Informações gerais

Data da remoção:

___/___/___

Destino:

Horário da remoção:

___h ___ min

Tipo de remoção: () Simples () UTI () UTI Neonatal

Equipamento Respirador Funcionante: () Sim () Não Conduta:

NÃO LIBERAR EQUIPAMENTOS DO PA SEM AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO

() Circuito

() Enxoval

() Bicos de oxigênio e extensão () Kit parto/pinças

() Frasco de nebulização () Kit Restrição

Bombas de Infusão

Quantidade:

Série:	Série:
Série:	Série:
Série:	Série:

Enfermeiro da Unidade de _____

VIDE VERSO

A equipe de remoção será integralmente responsável por quaisquer danos ou perdas de equipamentos e prontuários. Nesses casos, quaisquer indenizações necessárias serão custeadas pela equipe, eximindo o Instituto Alpha de qualquer responsabilidade.

Checklist

- | | |
|-----------------------------|--|
| () Evolução Médica | () N° do SINAN _____ |
| () Prescrição Médica | () E-mail do Convênio |
| () Evolução de Enfermagem | () Resultado de TR de COVID |
| () Registros Gerais | () Exames Laboratoriais / RX / ECG / TC |
| () Anotações de Enfermagem | () Resultado de TR de DENGUE |

Observação



OBRIGATÓRIO CONSTAR NA APAC: SEM CONTRASTE