|  |  |
| --- | --- |
| **Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nome da mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Sexo: ( )F ( )M Idade: Tipo de Precaução: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Leito:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Setor de Origem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_ Setor de Destino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Motivo da Transferência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Carimbo/ Assinatura Enfermeiro do NIR** | |
| **ENCAMINHADO AO SETOR DE:** ( ) Cadeira ( ) Maca | **PRESENÇA DE ACOMPANHANTE:** ( ) SIM ( ) NÃO |
| **RESPIRAÇÃO:** ( ) Ar ambiente ( )TQT ( ) Ventilação mecânica ( ) Bipap ( ) Macronebulização ( ) Oxigenio nasal | |
| **ACESSO VENOSO:**  ( ) Não se aplica  ( ) Periférico – Local : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Cateter Hemodiálise – Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) PAM – Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Port-a-cath – Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) CVC – Local : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) FAV – Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DIETA:** ( ) VO ( ) SNE ( )SNG ( ) Gastrostomia/Jejunostomia ( ) Parenteral ( )Dieta zero | |
| **PRESENÇA DE FERIDA**: ( ) Sim ( ) Não Local e descrição da ferida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Em uso de algum produto específico? ( ) sim ( ) não – Qual produto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Algum exame pendente? Pedido de parecer? Se sim, quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **DRENO:** ( ) Sim ( ) Não - Qual e local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **DIURESE ESPONTÂNEA** ( ) Sim ( ) Não **SVD/Cistostomia** ( ) Sim ( ) Não Data da passagem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **TOMOU BANHO HOJE**? ( ) Sim ( ) Não | |

|  |
| --- |
| **Sinais Vitais aferidos no setor de origem, antes da transferência:**  PA:\_\_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_\_mmHg FC: \_\_\_\_\_\_\_\_bpm R: \_\_\_\_\_\_\_rpm TAX: \_\_\_\_\_\_\_\_°C SAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Carimbo/Assinatura Enfermeiro Carimbo/Assinatura Téc. Enfermagem** |
| **PREENCHER APÓS A CHEGADA DO PACIENTE AO SETOR DE DESTINO** |
| **Sinais Vitais aferidos no setor de destino, no momento da admissão, pela equipe que o recebeu, na presença da equipe de transporte.**  PA:\_\_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_\_mmHg FC: \_\_\_\_\_\_\_\_bpm R: \_\_\_\_\_\_\_rpm TAX: \_\_\_\_\_\_\_\_°C SAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Carimbo/Assinatura Enfermeiro Carimbo/Assinatura Téc. Enfermagem** |