|  |
| --- |
| **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** |