

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DISPONÍVEL:

RA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

SETOR DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

NOMA DA MÃE: \_\_\_\_\_

LOCAL DO EXAME: \_\_\_\_\_

NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: [ ]M [ ]F

EXAME/ PROCEDIMENTO: [ ]RMN [ ]CATETERISMO CARDÍACO [ ]HIPERBÁRICA

OUTROS: \_\_\_\_\_

TIPO DE REMOÇÃO: [ ]BÁSICA [ ]AVANÇADA UTI

HORA DO EXAME: \_\_\_\_\_ PACIENTE DE JEJUM PARA O EXAME: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO APLICA

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

**EVOLUÇÃO CLÍNICA:**

HORÁRIO DA SAÍDA DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ H SINAIS VITAIS: PA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ MMHG, FC: \_\_\_\_\_ BPM, FR: \_\_\_\_\_ RPM,

TAX: \_\_\_\_\_ °C SAT: \_\_\_\_\_ % E DOR: \_\_\_\_\_ (0 A 10)

ALERGIA: [ ]NÃO [ ]SIM. QUAL: \_\_\_\_\_

PRECAUÇÃO: [ ]PADRÃO [ ]CONTATO [ ]RESPIRATORIO POR AEROSSÓIS [ ]RESPIRATORIO POR GOTÍCULAS

NIVEL DE CONCIÊNCIA: [ ]CONSCIENTE [ ]CONFUSO [ ]COMATOSO [ ]ORIENTADO [ ]TORPOROSO [ ]DESORIENTADO

NEUROMOTOR: [ ]DEAMBULA [ ]DEAMBULA C/ AUXÍLIO [ ]ACAMADO [ ]HEMIPLEGIA [ ]HEMIPARESIA

OXIGENOTERAPIA: [ ]NÃO [ ]O2 NASAL \_\_\_\_\_ L/MIN [ ]AVM/TOT [ ]AVM/TRAQUEOSTOMIA

[ ]MACRONEBULIZAÇÃO \_\_\_\_\_ L/MIN [ ]BIPAP INTERMITENTE [ ]BIPAP/TRAQUEOSTOMIA [ ]MASC. NÃO REINALANTE

C/ RESERVATÓRIO \_\_\_\_\_ L/MIN

PUNÇÃO: [ ]NÃO [ ]SIM. QUAL: [ ]PERIFÉRICO [ ]PROFUNDO. LOCAL DO ACESSO: \_\_\_\_\_

CALIBRE: \_\_\_\_\_

DATA DO ACESSO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PEDIDO DO EXAME/ QUESTIONÁRIO E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO/ EVOLUÇÃO MÉDICA:**

[ ]SIM. ENTREGUE AO FUNCIONARIO DA REMOÇÃO-NOME: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE

Nome completo ou carimbo)

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE

(Nome completo ou carimbo)