



FORMULÁRIO – NIR

**TRANSFERÊNCIA EXTERNA DE PACIENTE**

Código: F.HABF.092

Versão: 00

Elaboração: 18/11/2022

Nome completo do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento do paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Nº do atendimento: \_\_\_\_\_

Setor hospitalar em que o paciente se encontra: \_\_\_\_\_

Data e hora da reserva confirmada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, \_\_\_\_:\_\_\_\_.

Unidade hospitalar de destino do paciente: \_\_\_\_\_.

Obs.: Cabe ao colaborador da enfermagem do setor em que o paciente se encontra, comunicar de **IMEDIATO** ao setor de Serviço Social sobre a transferência do paciente em questão, para que ocorra a devida informação aos familiares deste. **DEVE** o colaborador de enfermagem do setor de origem do paciente solicitar no setor NIR pelo rádio comunicador ou telefone o “espelho” do paciente e sua guia de transferência assim que a remoção chegar ao hospital.

---

Carimbo e assinatura do enfermeiro responsável do setor NIR