

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data de Admissão: ____/____/____

Convênio: _____

Destino (Médico): ☐ CTI ☐ Unidade de Internação ☐ Transferência

Parecer (Médico): ☐ Sim ☐ Não Especialidade: _____

Solicitado: ☐ Sim ☐ Não

Contato com sobreaviso realizado: ☐ Sim ☐ Não Médico: _____

Protocolo (Médico):

Aberto algum protocolo: ☐ Sim ☐ Não

Qual: ☐ SEPSE ☐ Dor Torácica ☐ TVP/TEP ☐ TCE ☐ AVE

Se Sepsis: Antibiótico indicado (1ª dose): _____ Hora: ____:____

Cultura colhida: ☐ Sim ☐ Não

SINAIS VITAIS

PA: _____ FC: _____ FR: _____

HGT: _____ SATO2: _____

Exames (Médico):

Laboratório:

Sangue: ☐ Sim ☐ Não ☐ Colhido ☐ Resultado checado

Urina: ☐ Sim ☐ Não ☐ Colhido ☐ Resultado checado

Tomografia:

Região: _____ ☐ Realizado ☐ Laudado ☐ Resultado checado

Radiografia:

Região: _____ ☐ Realizado ☐ Laudado ☐ Resultado checado

Contato Médico (Médico)

☐ CTI Médico Contactado: _____ Hora: ____:____

☐ Transferência Médico Contactado: _____ Hospital: _____ Hora: ____:____

Transferência (Enfermagem):

Horário de saída do paciente: _____

Paciente transferido para: _____

Médico/Equipe responsável pela transferência: _____

Considerações Gerais:

Solicitante: _____

Assinatura e carimbo do Médico da Emergência

Assinatura e carimbo do Enfermeiro(a) da Emergência

Recebimento: _____

Assinatura e Carimbo do Médico/Enf. Que recebeu paciente (Ambulância/CTI/CM)