

|                                                                                  |                                           |                                     |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP | FOR CENF 0009                       |  |
|                                                                                  | Formulário de Registros                   | Edição: 02                          |                                                                                     |
|                                                                                  | Transição de Cuidados de Enfermagem       | Página: 1/2<br>Vigência: 04/03/2024 |                                                                                     |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

(Etiqueta) ou

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG HC: \_\_\_\_\_

|                                                                                                            |         |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|-------|
| <b>Transferência</b> Tipo: <input type="checkbox"/> interna <input type="checkbox"/> externa               |         |       |       |
| Motivo <input type="checkbox"/> alta transferência<br><input type="checkbox"/> exame/procedimento/cirurgia |         |       |       |
| <b>Unidade Origem</b>                                                                                      |         |       |       |
| Instituto                                                                                                  | Unidade | Andar | Leito |
|                                                                                                            |         |       |       |
| <b>Unidade Destino</b>                                                                                     |         |       |       |
| Instituto                                                                                                  | Unidade | Andar | Leito |
|                                                                                                            |         |       |       |

|                               |                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------|
| Passagem do caso via telefone | Data ____ / ____ / ____ Horário _____ hs |
| Responsável unidade Origem:   | Responsável unidade Destino:             |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnóstico principal</b>   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Informar se:                   | déficit: <input type="checkbox"/> visual <input type="checkbox"/> auditivo <input type="checkbox"/> físico <input type="checkbox"/> gestante <input type="checkbox"/> agressividade <input type="checkbox"/> privado de liberdade<br><input type="checkbox"/> outros: <input type="checkbox"/> não se aplica |
| Idade: _____                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Medidas Antropométricas        | Peso: <input type="checkbox"/> não se aplica peso ≥ 120 Kg <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>Altura: <input type="checkbox"/> não se aplica                                                                                                                                       |
| Sinais Vitais (pré-transporte) | FC: ____ bpm FR: ____ rpm Sat O2: ____% PA: _____ mmHg                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Nível de Consciência           | <input type="checkbox"/> consciente <input type="checkbox"/> sob sedação <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> agitação                                                                                                                                                                  |
| Jejum                          | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, _____ horas<br><input type="checkbox"/> preparado para exame/procedimento/cirurgia                                                                                                                                                                |

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pulseira de identificação (dados legíveis)</b>                      | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Pulseira(s) de alerta</b><br><input type="checkbox"/> não se aplica | queda: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim<br>alergia: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar:<br>precaução: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar:<br>preservação de membro: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar: |

|                   |                                                           |                                                                                                                                                                                          |
|-------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lesão por Pressão | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | Se <b>Sim</b> , especificar local:                                                                                                                                                       |
| Lesões de Pele    | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | Se <b>Sim</b> , especificar local:                                                                                                                                                       |
| Curativos         | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | Se <b>Sim</b> , especificar local:                                                                                                                                                       |
| Estomas           | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> colostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> ureterostomia <input type="checkbox"/> vesicostomia<br><input type="checkbox"/> outros: |

|                                             |                                                           |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos</b>                         | Se <b>Sim</b> , especificar (nome(s) e ml/h)              |
| Drogas Vasoativas                           | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |
| Outros medicamentos de infusão contínua     | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |
| Encaminhado doses / frascos de medicamentos | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |

|                           |                                                           |                                                                                                                                                                          |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dispositivos</b>       |                                                           |                                                                                                                                                                          |
| Cateter Venoso Central    | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | especificar (tipo e local):                                                                                                                                              |
| Acesso Venoso Periférico  | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | especificar (tipo e local):                                                                                                                                              |
| Cateter de Diálise        | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> hemodiálise:<br><input type="checkbox"/> diálise peritoneal                                                                                     |
| Cateter Peridural         | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |                                                                                                                                                                          |
| Cateter Vesical de Demora | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |                                                                                                                                                                          |
| Pressão Arterial Invasiva | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | especificar local:                                                                                                                                                       |
| Cateter Enteral           | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> CNG <input type="checkbox"/> CNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia<br><input type="checkbox"/> outros |
| Drenos                    | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> pleural D <input type="checkbox"/> pleural E <input type="checkbox"/> mediastino <input type="checkbox"/> outros:                               |

|                                                                                  |                                           |                                     |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP | FOR CENF 0009                       |  |
|                                                                                  | Formulário de Registros                   | Edição: 02                          |                                                                                     |
|                                                                                  | Transição de Cuidados de Enfermagem       | Página: 2/2<br>Vigência: 04/03/2024 |                                                                                     |

|                     |                                                           |                             |                          |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <b>Nutrição</b>     |                                                           | Se <b>Sim</b> , especificar |                          |
| Dieta               | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | via de administração:       | último horário recebido: |
| Nutrição Parenteral | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | local:                      |                          |

|                          |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Ventilatório</b>      |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Ar ambiente              | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim                | Se <b>Não</b> , especificar<br><input type="checkbox"/> cateter de O2 ____ l/min <input type="checkbox"/> nebulização ____ l/min <input type="checkbox"/> VNI<br><input type="checkbox"/> intubado <input type="checkbox"/> traqueostomia em <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> neb |  |
| Ventilador de Transporte | <input type="checkbox"/> não<br><input type="checkbox"/> sim (e checado) | Se <b>Sim</b> , especificar parâmetros<br>FR ____ FiO2 ____%    PInsp ____    PEEP ____                                                                                                                                                                                                               |  |

|                      |                                                                                           |                       |                                                                       |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Cilindro de O2       | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim (e checado)<br>Nível: (Kgf/cm3) | Monitor de transporte | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim (e checado) |
| Maleta de Transporte | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim (e checado)                     | Desfibrilador         | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim (e checado) |

|                                                                            |                                        |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentos Anexos</b>                                                   |                                        |                                                                         |
| Termo de Consentimento – Cirurgia / Procedimentos                          | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim               |
| Termo de Consentimento – Anestesia                                         | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim               |
| Termo de Esclarecimento ou Recusa relacionado ao procedimento Hemoterápico | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim               |
| Pedido de Exames                                                           | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar: |
| Etiquetas                                                                  | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim               |
| Ficha pré-operatória                                                       | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim               |
| Prontuário                                                                 | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim               |
| Reserva Hemocomponentes                                                    | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar: |
| Outros                                                                     |                                        | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar: |

|                       |                                                           |             |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|
| Acompanhante presente | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | Parentesco: |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|

|         |                                                                      |                                                                                                       |
|---------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Remoção | ambulância <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> maca <input type="checkbox"/> cadeira de rodas <input type="checkbox"/> maca |
|---------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**IDA**

Encaminhamento para **unidade destino**:

Horário: \_\_\_\_ horas

Responsável (assinatura e carimbo):

Recebimento na **unidade destino**:

Horário: \_\_\_\_ horas

Responsável (assinatura e carimbo):

**RETORNO** do paciente do (a) \_\_\_\_\_ para a unidade de origem Horário \_\_\_\_ horas

CONTATO: Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

Relatar as alterações com o paciente, se houver:

---



---



---



---

**VOLTA**

Horário de saída: \_\_\_\_ horas

Responsável (assinatura e carimbo):

Recebimento na Unidade de Origem

Horário: \_\_\_\_ horas

Responsável (assinatura e carimbo):