

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	FOR CENF 0010	
	Formulário de Registros	Edição: 02	
	Intercorrências durante o transporte de paciente	Vigência: 04/03/2023	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

(Etiqueta) ou

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

RG HC: _____

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

Houve intercorrências com o paciente durante o transporte?	
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Se Sim , descrever: _____

Utilizou algum item da ambulância: <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
Se Sim , qual:	<input type="checkbox"/> Mochilas <input type="checkbox"/> Circuito do Ventilador <input type="checkbox"/> Inalador <input type="checkbox"/> Umidificador <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Frasco de aspiração <input type="checkbox"/> Kits <input type="checkbox"/> Drenagem de tórax <input type="checkbox"/> Cateter Vesical de Demora <input type="checkbox"/> Cateter Naso Gastrico <input type="checkbox"/> Tala para imobilização <input type="checkbox"/> Colar Cervical Tamanho: _____ <input type="checkbox"/> Prancha de imobilização

Os aparelhos funcionaram corretamente?	
<input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Se Não , descrever: _____

O carro estava em condições de uso (limpeza, oxigênio, maca, etc)?	
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Se Não , descrever: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Responsável (assinatura e carimbo): _____

Motorista: _____

Carro: _____

Houve intercorrências?	
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Se Sim , qual: <input type="checkbox"/> Maca presa <input type="checkbox"/> Aguardando paciente e equipe <input type="checkbox"/> Outro, descrever: _____