

## Formulário para Transferência de Pacientes o InCor – HCFMUSP

Tipo de acomodação: ( ) UTI      ( ) Semi-intensiva      ( ) Enfermaria

### Identificação do paciente:

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

Sexo: F ( ) M ( )      Peso(Kg): \_\_\_\_\_      Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

### Dados do serviço solicitante:

Data da solicitação: \_\_\_\_\_

Hospital de Origem: \_\_\_\_\_ Data de Internação: \_\_\_\_\_

Médico Responsável pelas informações deste relatório (nome completo, CRM e telefone de contato): \_\_\_\_\_

Médico Responsável pela unidade encaminhadora ou diretor clínico do hospital(nome e telefone de contato): \_\_\_\_\_

### Informações Clínicas:

História sumária da cardiopatia: \_\_\_\_\_

EF atual: PA: \_\_\_\_\_ mmHg FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ ipm Sat O2: \_\_\_\_\_

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

Dispositivos: TOT sim ( ) não ( ) data: \_\_\_\_\_ SVD sim ( ) não ( ) data: \_\_\_\_\_

Cateter Central sim ( ) não ( ) data: \_\_\_\_\_ sítio: \_\_\_\_\_

Cateter Umbilical sim ( ) não ( ) data: \_\_\_\_\_

Parâmetros Ventilatórios: Modo \_\_\_\_\_ FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ P<sub>insp</sub> \_\_\_\_\_ P<sub>exp</sub> \_\_\_\_\_ t<sub>insp</sub> \_\_\_\_\_

Óxido Nítrico: sim ( ) não ( ) \_\_\_\_\_ ppm

Febre: sim ( ) não ( ) data de início: \_\_\_\_\_ foco: \_\_\_\_\_

**Informações de Exames:**

Hemocultura (data) : \_\_\_\_\_

Urocultura (data) : \_\_\_\_\_

Ponta de cateter (data) : \_\_\_\_\_

Antibioticoterapia: 1) \_\_\_\_\_ início: \_\_\_\_\_ fim: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ início: \_\_\_\_\_ fim: \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ início: \_\_\_\_\_ fim: \_\_\_\_\_

Exames das últimas 72 hs:

HMG e PCR: \_\_\_\_\_

Coagulograma: \_\_\_\_\_

Uréia e Creatinina: \_\_\_\_\_

Rx de Tórax: \_\_\_\_\_

ECG: \_\_\_\_\_

Ecocardiograma: \_\_\_\_\_

---

**Termo de Compromisso:**

Não havendo conduta cardiológica a ser tomada ou tendo sido esgotado o tratamento cardiológico, a unidade ou hospital solicitante se compromete a receber o paciente se necessário?

Sim ( )      Não ( )