

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Admissão: ____/____/____ DIAGNÓSTICO: _____	Cole a etiqueta aqui
RESUMO DO PACIENTE (PONTOS DE ATENÇÃO)	
DISPOSITIVOS EM USO	
☐ Drenos ☐ SNG ☐ CNE/GTT ☐ Colostomia ☐ BI ☐ AVP ☐ Marca Passo Transcutâneo ☐ MACRO ☐ VM ☐ VNI ☐ Suporte de Oxigênio ☐ Monitorização Contínua ☐ CVD ☐ CVC ☐ Sem Dispositivo	
Alergia: ☐ Não ☐ Sim, Qual? _____	
Precaução: ☐ Contato ☐ Padrão ☐ Gotícula ☐ Aerossóis ☐ Não se Aplica	
Riscos Clínicos: ☐ Queda ☐ LPP ☐ Broncoaspiração ☐ Flebite ☐ Sangramento ☐ Alteração do nível de consciência ☐ Hipoglicemia ☐ Outros: _____ ☐ Não se Aplica	
Transporte realizado em: ☐ Maca ☐ Cadeira	
TIPOS DE TRANSPORTE	
☐ Baixo Risco - Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48h e que não sejam dependentes de oxigenoterapia. (1) Maqueiro e Técnico de Enfermagem. ☐ Médio Risco - Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24h, porém, com necessidade de monitoração hemodinâmica ou oxigenoterapia. (1) Maqueiro, (1) Técnico de Enfermagem, (1) Fisioterapia (Pacientes em risco ventilatório, em uso de VNI de resgate ou cateter nasal de alto fluxo), (1) Enfermeiro e (1) Médico, (1) Maleta de transporte. ☐ Alto Risco - Cliente em uso de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica - (1) Maqueiro, (1) Enfermeiro, (1) Fisioterapeuta e (1) Médico, (1) Maleta de transporte.	
Local de Saída:	Local de Chegada:
Hora de Saída:	Hora de Chegada:
Data:	Data:
PA:	PA:
FC:	FC:
FR:	FR:
SATO2:	SATO2:
EVA:	EVA:
HGT (Se elegível):	HGT (Se elegível):
INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE	

Equipe envolvida no transporte:

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo