

SITUAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		COLE A ETIQUETA AQUI
	Nome do Paciente: _____		
	Data de Nascimento: ____/____/____	Data de Admissão: ____/____/____	
	Setor Origem: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____		
	Setor Destino: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____		
	DIAGNÓSTICO		
Precaução: () Contato () Aerosol () Gotícula () Não se Aplica Alergia: () Não () Sim, Qual: _____			
BREVE HISTÓRICO	DISPOSITIVOS		
	() AVP _____ () CVC _____ () CNE/GTT () PAM _____ () MACRO () VM () VNI () Cateter O2 () CVD		
	NUTRIÇÃO		
	() Dieta Oral () Enteral _____ ml/h () NPT _____ ml/h () Dieta Zero		
	INFUSÕES		
	() ATB: _____ Hora da última dose: ____:____ () Anticoagulação: _____ () Dripping: _____ MI/h: _____ () Dripping: _____ MI/h: _____ () Dripping: _____ MI/h: _____		
AVALIAÇÃO	PELE		
	() Íntegra () Lesão – Estágio: _____ Localização: _____		
	Observações: _____ _____ _____		
RECOMENDAÇÃO	PENDÊNCIAS		
	() Exame: _____		
	() Parecer: _____		
	() Outros: _____		
	Pontos de Atenção: _____ _____ _____		

Assinatura e Carimbo do Enfº Setor de Origem

Assinatura e Carimbo do Enfº Setor de Destino