



MOTORISTA:		DATA: / /	
VEÍCULO:	PLACA:	KM INICIAL:	KM FINAL:

UNIDADE SAÍDA:	UNIDADE DESTINO:
----------------	------------------

PACIENTE:	IDADE:
RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE:	

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

UNIDADE SAÍDA		UNIDADE DESTINO	
DATA: / /	HORÁRIO:	DATA: / /	HORÁRIO:
AUTORIZADOR		RECEBEDOR	

MÉDICO RESPONSÁVEL:

SUPORTE INDICADO

<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> TÉC. ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO	<input type="checkbox"/> MÉDICO
<input type="checkbox"/> AVANÇADO	NOME DO SERVIDOR	NOME DO SERVIDOR	NOME DO SERVIDOR
	ASSINATURA	ASSINATURA	ASSINATURA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DADOS CLÍNICOS

PA:	FC:	FR:	TAX:	SAT.O2:
VENTILAÇÃO		VIA AÉREA	DVA / SEDAÇÃO	
<input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA		<input type="checkbox"/> AR AMBIENTE	<input type="checkbox"/> NORADRENALINA _____ ML/H	
		<input type="checkbox"/> CNO2	<input type="checkbox"/> NIPRIDE _____ ML/H	
<input type="checkbox"/> RESPIRADOR		<input type="checkbox"/> MACRO	<input type="checkbox"/> FENTANIL _____ ML/H	
FIO2:		<input type="checkbox"/> RESPIRADOR	<input type="checkbox"/> MIDAZOLAM _____ ML/H	
FR:			<input type="checkbox"/> OUTRAS	
SAT.O2:				

ACESSO VENOSO

<input type="checkbox"/> PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> PROFUNDO	<input type="checkbox"/> OUTROS
-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

IMOBILIZAÇÃO

<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> PRANCHA	<input type="checkbox"/> PELVE	<input type="checkbox"/> MMSS	<input type="checkbox"/> MMII
---	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

OUTROS PROCEDIMENTOS / MEDICAÇÕES:

INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE: SIM NÃO

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO:
DESFECHO:
INFORMANTE: