


FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

1. Nome do Beneficiário:		Número da Carteirinha:	
Idade:	Peso:	Altura:	
2. Local de origem:			
3. Endereço de origem:			
4. Funcionário solicitante:		DDD+Telefone:	
5. Médico solicitante:		CRM:	DDD+Telefone:
6. Unidade de Atendimento onde está o paciente:			
<input type="checkbox"/> PS/PA <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Internado / Número da Acomodação: _____			
Nome da Instituição: _____			
7. Tipo da remoção:			
<input type="checkbox"/> Hospital para Hospital - <input type="checkbox"/> somente ida <input type="checkbox"/> ida e volta			
<input type="checkbox"/> Hospital para serviço de SADT - <input type="checkbox"/> somente ida <input type="checkbox"/> ida e volta			
8. Se remoção Hospital para serviço de SADT, informar:			
Local/Especialidade para onde o beneficiário precisa ser removido:			
Código do procedimento:			
Endereço:			
Profissional responsável pela admissão do paciente:		DDD+Telefone:	
Data e horário do procedimento agendado:			
9. Condições clínicas / POSSÍVEL QUADRO			
<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico			
Sofreu acidente de <input type="checkbox"/> Automóvel/Moto <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> convulsão <input type="checkbox"/> Politrauma			
Acidente com arma <input type="checkbox"/> de fogo <input type="checkbox"/> branca Local do ferimento: _____			
IAM <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica / Insuf. Respiratória <input type="checkbox"/>			
Está utilizando oxigênio? <input type="checkbox"/> Sim , MÁSCARA - __litros - CATETER __litros <input type="checkbox"/> Não			
Consegue se locomover com ajuda de terceiros? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

	Nome documento: Formulário de solicitação de transferência	Nossa Saúde	CHNS
	Aplicação/Interfaces: Todos os setores	Código:	FO.ENF.004
		Data 1ª Emissão:	19/04/2023
		Data Revisão:	
		Versão:	001

GLASGOW - |__|

PA |__x__| FC|__| FR |__| TEMPERATURA |__| SATURAÇÃO |__|

Tem familiar para acompanhar na remoção |__| Sim |__| Não

10. Ambulância para Remoção:

|__| Ambulância simples |__| Ambulância simples com oxigênio |__| Avançada /UTI completa

11. Quadro clínico do paciente – se possível anexar resultado de exames


Data / /

12. Assinatura do médico solicitante:

CRM:

FAVOR ENCAMINHAR ESTE INSTRUMENTO NO E-MAIL: ENFERMEIROSCHNS@NOSSASAUDE.COM.BR OU WHATSAPP – (41) 99213-6092

ATENÇÃO: A REMOÇÃO SERÁ REALIZADA SOMENTE COM A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO LOCAL ACIMA CITADO

	Nome documento: Formulário de solicitação de transferência	Nossa Saúde	CHNS
		Código:	FO.ENF.004
		Data 1ª Emissão:	19/04/2023
	Aplicação/Interfaces: Todos os setores	Data Revisão:	
		Versão:	001