

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

DATA:		HORÁRIO:			
01 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (REGULAÇÃO)					
UNIDADE:					
MUNICÍPIO: L					
TELEFONE E FAX:					
SERVIDOR SOLICITANTE (REGULAÇÃO):					
02 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)					
NOME:					
SETOR:				ENF:	LEITO: Peso:
DATA NASC.:		IDADE:		SEXO: () FEM () MASC	
CPF:			TELEFONE:		
NOME DA MÃE:					
CARTÃO SUS:			PRONTUÁRIO:		
03 - VAGA SOLICITADA:					
☐ UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ☐ ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA ☐ ENFERMARIA DE CLÍNICA CIRÚRGICA ☐ ENFERMARIA DE PEDIATRIA ☐ OUTRO. ESPECIFIQUE:					
04 - CONDIÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)*					
1-Estado Geral: () Bom () Regular () Ruim (Grave) 2- Nível de Consciência: () Consciente/Orientado () Desorientado/Confuso () Agitado () Sedado 2.1 Rebaixamento do Nível de Consciência: () Não () Sim Glasgow: _____ Ramsay: 3- Suporte ventilatório: () Não () Sim () Não invasivo (Cateter nasal/ Venturi) () Invasivo (IOT/ Traqueo) 4- Em uso de drogas vasoativas: () Não () Sim Especifique: 5- Em uso de antibioticoterapia : () Não () Sim Especifique 6- Necessita: () Precaução padrão () Precaução de contato () Precaução gotículas () Precaução de aerossóis 7- Pendências relevantes: 8- Anotar sinais vitais - Pressão Arterial: Freq. Cardíaca: Freq. Resp:					
05 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
- História clínica resumida e condições que justificam a solicitação:					
- Principais resultados de exames:					
06 - PROFISSIONAL SOLICITANTE*					
NOME:				CRM:	ASSINATURA E CARIMBO
DATA:		HORÁRIO:			
07 - REGULAÇÃO DE VAGAS					
UNIDADE:				MUNICÍPIO:	
() AUTORIZADA		() NÃO AUTORIZADA		DATA:	
SETOR:	ENF:	LEITO:	HORÁRIO:		
MÉDICO REGULADOR:				CRM:	
08 - MOTIVO DA RECUSA DE VAGA (SE APLICÁVEL)					
() FALTA DE LEITOS VAGOS					
() OUTROS:					
* PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO ANTES DO ENVIO DO FAX; PREENCHIMENTO DEVERÁ SER REALIZADO DE FORMA LEGÍVEL (PREFERÊNCIA LETRA DE FORMA).					

CARIMBO/ASSINATURA MÉDICO REGULADOR