



FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA DA SOLICITAÇÃO: _____ HORA: _____ DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM: _____ Nº CARTÃO SUS: _____

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO DO PACIENTE: _____ TELEFONE: _____

SERVIÇO SOLICITANTE:

<input type="checkbox"/> PA ANCHIETA	<input type="checkbox"/> HC UNICAMP	<input type="checkbox"/> PUC	<input type="checkbox"/> CS _____
<input type="checkbox"/> PA OURO VERDE	<input type="checkbox"/> CAISM	<input type="checkbox"/> MATERNIDADE PUC	<input type="checkbox"/> OUTROS _____
<input type="checkbox"/> PA S. JOSÉ	<input type="checkbox"/> HMMG	<input type="checkbox"/> MASTERCAMP	

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____

ESPECIALIDADE:

<input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> PULMONAR	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA
<input type="checkbox"/> UROLOGIA	<input type="checkbox"/> VASCULAR	<input type="checkbox"/> PEDIATRIA	<input type="checkbox"/> OUTRA	

DIAGNÓSTICO:

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:	<input checked="" type="checkbox"/> mm/Hg	F. RESPIRATÓRIA:	_____ irpm
F. CARDÍACA:	_____ bpm	TEMPERATURA:	_____ °C

AValiação DA NEUROLOGIA: SIM NÃO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

<input type="checkbox"/> ALERTA	<input type="checkbox"/> VERBAL	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> CONFUSO	<input type="checkbox"/> SEM RESPOSTA	GLASGOW: _____
---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	----------------

EXAME FÍSICO:

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	(+ ++ +++ ++++)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	(+ ++ +++ ++++)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESIDRATADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIANÓTICO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICTÉRICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

DIABETES HAS ICC SEQUELA AVC DPOC OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO EM USO	DOSAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES:

E C G	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> RX TORAX _____
ALTERAÇÕES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RX ABDOME _____
<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA		<input type="checkbox"/> RX OUTROS _____

LABORATORIAL

HB	HT	LEUCO	CPK	TGO	TGP	AMILASE	URINA I
----	----	-------	-----	-----	-----	---------	---------

GASOMETRIA

PO2	PCO2	PH	GLICEMIA
-----	------	----	----------

* RELACIONAR NO VERSO DA FOLHA OS DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL DE DESTINO: SANTA CASA ALB. SABIN B. PORTUGUESA OUTRO

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO: _____ CRM: _____ MÉDICO REGULADOR: _____ SENHA SAMU: _____