



## 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 type="checkbox"/> X 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:**

<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> RX TORAX _____
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES	_____	<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: \_\_\_\_\_