

	REGISTRO DA QUALIDADE		Formulário Transferência Hospitalar	
RQ 31.05	Vigência a partir de: 10/07/2024	Classificação: Interno	Edição: 01	Página: 1/1

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR									
DATA SOLICITAÇÃO:		/ /		SOLICITANTE:					
Cliente /Beneficiário:					DN:				
Código Cartão:									
Hospital Origem:					Cidade:				
Setor:									
Hospital Destino:					Cidade:				
Setor:									
Aceite por:					Contato/telef.:		()		
Motivo					() Falta de recurso () A pedido da família				
QUADRO CLÍNICO PACIENTE									
Oxigenioterapia:		SIM () NÃO () CPAP () BIPAP () CNO² () MAF ()							
Isolamento:		SIM () NÃO () CONTATO () GOTÍCULAS () AEROSSOL ()							
Respirador:		SIM () NÃO ()		Parâmetros		Peep:		FiO²: FR: I:E:	
Uso de Drogas:		SIM () NÃO ()		Quantas Bombas de Infusão:					
Drogas / Sedação:									
ÚLTIMO SINAIS VITAIS									
Hora:		PA:		Pulso:		Resp.:		T: SO²: HGT:	
Relatar as Características e/ou Comorbidades específicas do paciente:									
SUPORTE AVANÇADO ()					SUPORTE BÁSICO ()				
Origem – Carimbo e Assinatura					Unimed Maringá				
Médico:					() Autorizado () Não Autorizado Motivo:				
Enfermeiro:					Enfermeiro SOS:				