	<b>RELATÓRIO DE TRANSPORTE</b>  <b>CLÍNICA SANTA HELENA</b> Rua Frei Paulo, 331 – Aracaju – SE Tel.: (79) 3216-1400	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>	
		Paciente: _____	
		Data de Nascimento: _____	_____
		Prontuário: _____	_____

### DOCUMENTAÇÃO QUE DEVERÁ ACOMPANHAR O RELATÓRIO

- \* CÓPIA DA PRESCRIÇÃO DO DIA;
- \* CÓPIA DA EVOLUÇÃO MÉDICA E BALANÇO HÍDRICO DO DIA;
- \* CÓPIA DA FOLHA DE ROSTO E DA FOLHA DE EXAMES (ou dos últimos exames de sangue realizados);
- \* CÓPIA DE EXAMES CONSIDERADOS IMPORTANTES PARA A EQUIPE QUE IRÁ RECEBER;
- \* Em caso de transferência externa, enviar cópia da declaração de nascido vivo (DNV).

### DADOS SOBRE O PACIENTE

**IDADE:** \_\_\_\_\_ **PESO:** \_\_\_\_\_ kg  
**DATA INTERNAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
**HOSPITAL DE DESTINO:** \_\_\_\_\_  
**Telefone de contato no destino:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**MÉDICO(A) QUE IRÁ RECEBER:** \_\_\_\_\_  
**TRANSPORTE INDICADO:** ( ) AÉREO ( ) TERRESTRE  
**UNIDADE de TRANSPORTE SOLICITADA:** ( ) BÁSICA ( ) AVANÇADA  
**TRAJETO:** ( ) SOMENTE IDA ( ) IDA e VOLTA

**CONDIÇÕES PARA TRANSPORTE:** ( ) paciente estável, de baixo risco  
 ( ) paciente estável, risco intermediário (intubado, sem aminas)  
 ( ) paciente instável: em uso de drogas vasoativas, em choque

**Para NEONATOS: aplicar o escore de RISCO: TRIPS – valor: \_\_\_\_\_, risco de mortalidade \_\_\_\_\_%**  
<https://www.health-info-solutions.com/CPQCC-CPeTS/tripsmobile/tripsmobile.html>

### MOTIVO DA ENTRADA NA CLÍNICA SANTA HELENA:

\_\_\_\_\_

### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

\_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO(S) PRINCIPAL(IS):

\_\_\_\_\_


### EXAME FÍSICO COM SINAIS VITAIS atuais:

**FC = \_\_\_\_\_ bpm    FR = \_\_\_\_\_ ipm    PA = \_\_\_\_\_ mmHg    TEMP = \_\_\_\_\_ °C**

### ASSINATURA DO MÉDICO

**DATA DO TRANSPORTE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico

	<b>RELATÓRIO DE TRANSPORTE</b>  <b>CLÍNICA SANTA HELENA</b> Rua Frei Paulo, 331 – Aracaju – SE Tel.: (79) 3216-1400	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>	
		Paciente: _____	
		Data de Nascimento:	_____
		Prontuário:	_____

**DADOS COMPLEMENTARES (preencher em caso de PACIENTES CRÍTICOS)**

**DISPOSITIVOS:**

( ) Acesso periférico ( ) Acesso central, local: \_\_\_\_\_ ( ) PICC  
 ( ) SNE ( ) SOG ( ) GTT ( ) SVD ( ) cateter de diálise  
 Oxigenoterapia: ( ) cateter \_\_\_\_\_ L/min ( ) Máscara de Venturi \_\_\_\_\_ % ( ) Não reinalante  
 ( ) TOT - número do tubo: \_\_\_\_\_, fixado em \_\_\_\_\_ cm na altura do lábio superior  
 ( ) TQT - número: \_\_\_\_\_ ( ) com cuff ( ) sem cuff (balão)  
 ( ) GTT sonda número \_\_\_\_\_  
 Outros dispositivos: \_\_\_\_\_  
 Realizou DIÁLISE: ( ) não ( ) SIM, por \_\_\_\_\_ dias do tipo \_\_\_\_\_

**PARÂMETROS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA:** ( ) não se aplica

**Modo:** ( ) A/C ( ) SIMV ( ) PSV      **Ventilação:** ( ) a tempo ( ) a volume ( ) a pressão  
**Pinsp** = \_\_\_\_\_      **PEEP** = \_\_\_\_\_      **Tinsp** = \_\_\_\_\_ s      **FR programada** = \_\_\_\_\_ ipm  
**Fluxo** = \_\_\_\_\_ L/min      **FiO2** = \_\_\_\_\_ %      **Saturação** = \_\_\_\_\_ %  
 Volume Corrente = \_\_\_\_\_ mL      Sensibilidade = \_\_\_\_\_      Pressão de Suporte = \_\_\_\_\_ mmHg

**PRINCIPAIS MEDICAÇÕES EM USO:** drogas vasoativas, antibióticos, corticoterapia, etc

( ) PRESCRIÇÃO EM ANEXO: se todas as drogas em uso estiverem na prescrição, não precisa preencher este campo

NOME	DOSE	VAZÃO (se em bomba)	TEMPO DE USO

**USOU HEMODERIVADO há < 48 horas?** ( ) não ( ) sim, qual?

**ORIENTAÇÕES PARA SEGUIMENTO:**

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL PARA O TRANSPORTE**

*(dispensado somente em casos com risco de vida iminente, devendo registrar bem em prontuário)*

Declaro que entendi a necessidade do transporte indicado e que fui informado sobre as possíveis alternativas para o tratamento. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e questionamentos. Compreendi que durante o transporte poderão ocorrer incidentes e raramente até o óbito do paciente, mas estes riscos serão amenizados pois estará acompanhado de uma equipe apta para atender a eventuais intercorrências. Diante do exposto, autorizo a realização do transporte do paciente acima identificado para outra unidade conforme descrito.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Assinatura do paciente ou responsável legal (LEGÍVEL e POR EXTENSO)**