TERMO DE TRANSPORTE DE PACIENTE GRAVE

Identificação do paciente

Nome: _____

Idade: _____ **Sexo:** ☐ M ☐ F **Documento (RG/CPF):** _____

Cartão SUS: _____

Unidade de origem: _____

Município: _____ **Data:** _____ **Hora:** _____

Diagnóstico e situação clínica atual

_____

_____

Justificativa para o transporte

☐ Necessidade de suporte avançado de vida

☐ Necessidade de recurso assistencial não disponível na unidade de origem

☐ Transferência inter-hospitalar por critério médico

☐ Outro: _____

Condições clínicas do paciente no momento da transferência

Nível de consciência: _____

Via aérea: _____

Ventilação: _____

Circulação: _____

Outros achados relevantes: _____

Recursos utilizados durante o transporte

☐ Oxigenoterapia

☐ Ventilação mecânica

☐ Monitorização cardíaca

☐ Acesso venoso periférico

☐ Acesso venoso central

☐ Medicações contínuas

☐ Outro: _____

Profissionais responsáveis pelo transporte

Médico(a): _____ **CRM:** _____

Enfermeiro(a): _____ **COREN:** _____

Condutor socorrista: _____

Unidade de destino: _____

Município: _____

Declaração

Declaro estar ciente de que o paciente acima encontra-se em estado grave, necessitando de transporte assistido por equipe especializada. O risco de agravamento clínico durante o transporte foi explicado ao familiar/responsável, conforme avaliação médica.

Nome do responsável pelo paciente: _____

Grau de parentesco: _____ **Documento:** _____

Assinatura: _____

Data: _____ **Hora:** _____

Assinatura do médico responsável: _____ **CRM:** _____

Assinatura do enfermeiro: _____ **COREN:** _____

Observações adicionais

_____

_____

TempoZero