

## Transferência de Informação na Transição de Cuidados

ETIQUETA

Data da Transferência: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_  
Setor de Origem: \_\_\_\_\_  
Setor de destino: \_\_\_\_\_  
Pulseira de identificação:  Sim  Não  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Isolamento: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

### Sinais Vitais

PA: \_\_\_\_\_ mmhg

T: \_\_\_\_\_ C

FC: \_\_\_\_\_ bpm

FR: \_\_\_\_\_ ipm

Saturação: \_\_\_\_\_ %

Escala de dor: \_\_\_\_\_

Glasgow: \_\_\_\_\_

MEWS: \_\_\_\_\_

### Dispositivos

AVP:  Sim  Não Data: \_\_/\_\_/\_\_

AVC:  Sim  Não Data: \_\_/\_\_/\_\_

PICC:  Sim  Não Data: \_\_/\_\_/\_\_

Cateter Hemodiálise:  Sim  Não Data: \_\_/\_\_/\_\_

CNE:  Sim  Não Data: \_\_/\_\_/\_\_

CNG:  Sim  Não Data: \_\_/\_\_/\_\_

CVD:  Sim  Não Data: \_\_/\_\_/\_\_

Drenos:  Sim  Não Data: \_\_/\_\_/\_\_

IOT/TQT:  Sim  Não Data: \_\_/\_\_/\_\_

Suporte Ventilatório:  Sim  Não  Ar Ambiente

VNI  VM  Cateter O<sub>2</sub>

Máscara de Venturi  Máscara não reinalante

**Mobilidade física:**  Totalmente limitado  Levemente limitado  Sem limitações

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Transporte:

Cadeira de rodas  Maca

### Riscos:

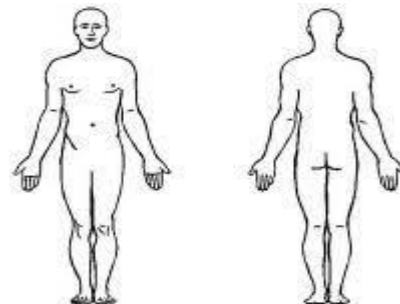
Queda:  Sim  Não

Lesão por Pressão:  Sim  Não

Broncoaspiração:  Sim  Não

Flebite:  Sim  Não

### Lesões



### Pendências:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Profissional responsável setor de origem:** \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo

**Profissional responsável setor de destino:** \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo