



ANEXO III

 Programa de Cuidado à Saúde do Servidor CUIDAR+ UFMS Mais forte, mais próximo, mais cooperativo	SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA / RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA	
TRANSFERÊNCIA		CIDADE DE ORIGEM:
() PERÍMETRO URBANO		HOSPITAL:
() PERÍMETRO INTERMUNICIPAL		
DATA: __/__/____		HORÁRIO: _____
INFORMAÇÕES DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE:		
IDADE:	SEXO: () FEMININO () MASCULINO	
NOME DO ACOMPANHANTE:		CONTATO TELEFÔNICO:
DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:		
ESTADO CLÍNICO GERAL:		



ESTABILIDADE CLÍNICA: () ESTÁVEL () INSTÁVEL

ESCALA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

GLASGOW DO PACIENTE: _____

PA: _____ X _____ mmHg

FC: _____ bcpm

FR: _____ mrpm

T: _____ °C

SAT: _____ %

() GLICEMIA: _____ mg/dl

CORREÇÃO: _____ UI

() AR AMBIENTE () CATÉTER DE O₂ () MÁSCARA DE VENTURI () VM

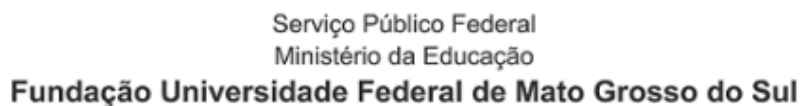
PULSO: () CHEIO () FILIFORME () RÍTMICO () ARRÍTMICO

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO: () SIM () NÃO NÚMERO DO CATETER: _____

ACESSO VENOSO CENTRAL: () SIM () NÃO

MEDICAÇÃO EM CURSO: () SIM () NÃO BIC: () SIM () NÃO

CITAR AS MEDICAÇÕES:



Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL:

REMOÇÃO PARA EXAME/ PROCEDIMENTO: (informar qual procedimento): _____

MÉDICO SOLICITANTE:

CRM:

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:

COREN:

TIPO DE SUPORTE NECESSÁRIO:

() AMBULÂNCIA SUPORTE AVANÇADO

() AMBULÂNCIA SUPORTE BÁSICO



RESPOSTA DA INSTITUIÇÃO REFERENCIADA/SOLICITADA

NOME DO HOSPITAL: _____

- () TRANSFERÊNCIA AUTORIZADA
- () TRANSFERÊNCIA NÃO AUTORIZADA

Carimbo e Assinatura do responsável