



ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE PARA UEM

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

CIDADE DE RESIDÊNCIA

ORIGEM

TELEFONE CONTATANTE

DATA

HORA

ALERGIAS

() Não () Sim - Qual?

Motivo da Transferência: _____

MÉDICO OU ENFERMEIRO CONTATADO

AVALIAÇÃO

Hipótese diagnóstica principal: _____

História clínica/exame físico: _____

PA ____/____ mmHg FC ____ bpm FR ____ ipm Tax ____ °C SpO2 ____, em uso de O2 () Sim () Não

Paciente em acompanhamento nesta instituição? _____

Procedimentos realizados na origem: _____

Medicamentos administrados na origem: _____

Medicamentos em uso: _____

Exames realizados na origem: _____

Dias ____ Acesso venoso: () Periférico ____ () Profundo ____ Dias ____ Traqueostomia/entubação

Dias ____ Sonda Nasoentérica Dias ____ Sonda Vesical de Demora Drenos: () Não () Sim - Dias ____

Antibioticoterapia atual: _____ Início: _____ Término Previsto: _____

Antibioticoterapia anteriores: _____ Tempo de uso: _____

Cultura, germes isolados: _____ Sensível a: _____

Observações: _____

() AVC

Hora de início ou último horário visto sem sintomas: _____ HGT: _____ Déficit: _____

() DOR TORÁCICA

Hora do início: _____ Tipo da dor: _____ ECG (encaminhar cópia)

PARECER (UEM)

Ass. e carimbo Médico(a)/Enfermagem (Origem)

Ass. e carimbo Médico(a)/Enfermagem (Destino)