

CHECKLIST TRANSPORTE SEGURO

CÓDIGO: FORM.HMFST.ADM.DIR.QUA.001.001

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

Nº DO PRONTUÁRIO/BE:

DATA: ____/____/____ Horário: ____:____

TIPO DE TRANSPORTE:

Baixo Risco - A () Médio Risco - B () Alto Risco - C ()

PRECAUÇÃO:

() CONTATO () AEROSSÓIS () REVERSA () GOTÍCULAS

SETOR DE ORIGEM:

HORÁRIO: ____:____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE:

NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () LÚCIDO () ORIENTADO () SONOLENTO () DESORIENTADO () AGITADO () SEDADO

RESPIRATÓRIA

() EUPNÉICO () TAQUIPNÉICO () DISPNEICO () AR AMBIENTE () AGITADO () SEDADO

() CATETER NASAL () MBZ () MASCARA RESERVATÓRIA () TOT () VENTILAÇÃO MECÂNICA

PARÂMETROS:

LITRAGEM DE O2: _____

GASTROINTESTINAL

() CNE () SNG () GTT () JEJUNO () COLOSTOMIA () ILEOSTOMIA () JEJUM INÍCIO: ____:____

GENITURRINÁRIA

() ESPONTÂNEA () CATETER VESICAL DE DEMORA () CISTOSTOMIA () IRRIGAÇÃO

RISCOS AVALIADOS

() PERDA DE DISPOSITIVO () BRONCOASPIRAÇÃO () LESÃO DE PELE () QUEDA () PRECAUÇÃO DE CONTATO

() ALERGIA A IODO () OUTRAS ALERGIAS. QUAL(S)? _____

SINAIS VITAIS DE SÁIDA DA ORIGEM

FC: ____ BPM PA: ____ X ____ MMHG FR: ____ IRPM SATO2: ____ % EVA: ____

CARIMBO E ASSINATURA DA EQUIPE:

SETOR DE DESTINO:

HORÁRIO: ____:____

SINAIS VITAIS DE RETORNO DO DESTINO

FC: ____ BPM PA: ____ X ____ MMHG FR: ____ IRPM SATO2: ____ % EVA: ____

CARIMBO E ASSINATURA DA EQUIPE:

OBS: **Baixo Risco (A)** - Técnico de enfermagem e maqueiro. **Médio Risco (B)** - Maqueiro, Enfermeiro e Médico. **Alto Risco (C)** - Maqueiro, Enfermeiro e Médico.
Fisioterapeuta - em todos os pacientes com ventilação mecânica.