



SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR  
FORA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

CÓDIGO / REVISÃO / VERSÃO  
FOR.001.ADM.ADM.URG  
V.03 R.00 – 08/04/2024

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

ÁREA: UNIMED URGENTE

PÁGINA: 1 de 1

Nome do Paciente:		Idade:	Sexo: M ( ) F ( )	
Cód. de Usuário (número da carteira):		Tempo de Internamento: ( ) Dias		
Unidade Solicitante:	Telefone:	Ramal:	Data:	
Cidade da Solicitação:				
Médico Solicitante:	CRM:	Tel:	Hora:	
<b>CONDIÇÃO DO PACIENTE</b>				
<b>HIPÓTESE DIAGNOSTICA/JUSTIFICATIVA DO PEDIDO</b>				
Diagnóstico Principal:		CID10:		
Co-Morbidades:				
JUSTIFICATIVA DO PEDIDO DE TRANSFERÊNCIA:				
<b>TIPO DE ACOMODAÇÃO</b>				
( ) Leito de UTI		( ) Leito em Enfermaria \ Apartamento		
Município para onde o paciente deverá ser removido:				
<b>VIAS AÉREAS E VENTILAÇÃO</b>				
( ) Intubação Traqueal	( ) Traqueostomia	( ) Ventilação Mecânica	DURAÇÃO DA VENTILAÇÃO	
( ) Másc. Venturi	( ) Cateter Nasal	( ) Oxigênio p/ Máscara	( ) Dias	( ) Horas
F.R.:	SPO2:	Qualidade da Respiração:		
<b>CIRCULAÇÃO</b>				
F.C.:	RITMO:		P.A.:	
Dor Precordial: ( ) Sim ( ) Não	Marca-passo: ( ) Sim ( ) Não	( ) Definitivo ( ) Temporário		
<b>ACESSOS VENOSOS</b>				
( ) Periféricos		( ) Centrais		
Aminas Vasopressoras ( ) Sim ( ) Não	Quais:			
Diluição/Velocidade de				
<b>FUNÇÃO RENAL</b>				
Diurese ( ) Sim ( ) Não	Hemodiálise ( ) Sim ( ) Não			
<b>SISTEMA NERVOSO CENTRAL</b>				
Glasgow:	Pupilas: ( ) Anisocoria ( ) Miose ( )	Sinais de Lateralização: ( ) Sim ( ) Não		
<b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>				
( ) Sonda Nasogástrica	( ) Estomas para alimentação	( ) Nutrição Parenteral		
<b>PELE</b>				
( ) Íntegra	( ) Escara de decúbito	( ) Lesões cutâneas		
<b>INFORMAÇÕES CIRURGICAS</b>				
Pós operatório ( ) Sim ( ) Não	Intervenção Cirúrgica:			
Ferida operatória (Tipo)				
Infecção de ferida operatória:	( ) Drenos - Quais:	( ) Estomas		
Exames Laboratoriais (Enviar exames alterados):				
Exames de Imagem (Enviar exames alterados):				
RECURSO SOLICITADO ( ) Ambulância Básica		( ) UTI Móvel c\ Médico	( ) UTI Aérea	
JUSTIFICATIVA DO TIPO DE TRANSPORTE:				
<b>HOSPITAL DE DESTINO</b>				
Hospital de Destino:		Tipo de Acomodação:	Data:	
Médico que recebe:				
CRM:		Leito:		
Responsável pela confirmação da vaga:		Tel.:	Hora:	
DATA:		Hora:		
Nome do Plantonista:		CRM:	Assinatura:	
Observações:				