



HOSPITAL UNIMED CRICIÚMA - SC

TERMO DE TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR

DESCRIÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: _____ DN: _____

Convênio: () Particular () SC-Saúde () Unimed Nº Cartão Unimed: _____

Hora e data do primeiro atendimento no Hospital de origem: _____

Tempo de permanência neste estabelecimento até o contato: _____ Necessita de UTI: () Sim () Não

Diagnóstico inicial: _____

Especialidade a ser encaminhada (nome do médico): _____

Motivo da Transferência

Descrever:

Patologias Progressas:

Medicamentos de uso contínuo:

Sinais Vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SAT: _____ TAX: _____

GLASGOW: _____

Exame físico:

Exame Realizado(descrever):

OBS: Encaminhar cópia de todos os exames realizado no Hospital de Origem

Médico Solicitante/CRM

Médico Responsável do Destino/CRM

Medicações realizada no Hospital de Origem (dosagem, drogas em uso):

Data:

Hora:

Empresa Responsável pelo transporte: