

TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE UNIDADES DE ATENDIMENTO – ISBAR

Código: HCF-NGSRP-FOR-6			Revisão: 0	
Paciente:				
Prontuário:	Idade:	Sexo: () F () M	Data de Nascimento:	Data de admissão hospitalar:
Data de admissão na unidade:	Unidade/Leito:	Identificação Beira Leito: () Sim () Não		Pulseira de Identificação () Sim () Não
S- SITUAÇÃO				
Diagnóstico: Precauções/Isolamentos: () Aerossóis () Gotículas () Contato Comorbidades:				
B - BREVE RESUMO				
Intercorrências (se houver): Lesões, Estomias, Drenos, Curativos e Outros dispositivos:				
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA				
() Lúcido e orientado () Comatoso () Desorientado () Confuso () Sonolento () Torporoso		() Glasgow-P Valor do Escore: () Sedação () RASS Valor do Escore:		
OXIGENOTERAPIA		DROGAS VASOATIVAS		ANTIBIOTICOTERAPIA
() Ventilação espontânea () Cateter Nasal () VNI () Ventilação Mecânica () MNR () Venturi Outros: Volume de O ² _____ l/min		() Sim () Não Quais:		() Sim () Não Quais:
MONITORIZAÇÃO		DIETA		
() Monitorização Não Invasiva () Monitorização Invasiva () Não está em uso		() Via Oral () Dieta Zero () SNE () GTT () NPT Qual:		
A - AVALIAÇÃO				
DISPOSITIVOS EM USO		ALERGIAS		SINAIS VITAIS
() AVP () CVC () TOT () SNE () SOG () SVD () PAI () Sorensen () Dreno () Outros:		Medicamentos () Não () Sim Quais: Pulseira roxa: () Sim () Não		Pressão Arterial: x mmHg FC: bpm FR: rpm SAT O ² : % T: °C
GERENCIAMENTO DE RISCOS				
() Queda () LPP () Hipoglicemia () Flebite () TEV () Broncoaspiração () Perda de dispositivos () Infecção () Desnutrição () Outros:				
R - RECOMENDAÇÕES				
Principais pendências:				
Exames realizados:				
_____			_____	
Enfermeiro responsável da origem			Enfermeiro responsável do destino	
Data:		Horário:		