

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**

**Código:** HCF-DASAC-FOR-3

**Revisão:** 0

**RELATÓRIO DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS – TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE LEITO – DIA  
HCI/HM**

Revisado em 23/07/2025

**EQUIPE CIRÚRGICA RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**I – IDENTIFICAÇÃO**

- **Nome do paciente:** \_\_\_\_\_
- **Data de nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- **Sexo:** ( ) M ( ) F
- **Prontuário:** \_\_\_\_\_
- **Acompanhante presente?** ( ) Sim ( ) Não
- **Equipe cirúrgica responsável:** \_\_\_\_\_

**S – SITUAÇÃO ATUAL**

- **Procedimento realizado:** \_\_\_\_\_
- **Horário de término da cirurgia:** \_\_\_\_\_h
- **Tipo de anestesia:** \_\_\_\_\_
- **Estado geral do paciente:** ( ) Estável ( ) Instável
- **Nível de consciência:** ( ) Alerta ( ) Sonolento ( ) Rebaixado ( ) Sedado
  
- **Dispositivos presentes:**
  - ( ) Sonda Vesical de Demora
  - ( ) Drenos
  - ( ) AVP
  - ( ) Curativo cirúrgico
  - ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Data/Hora da transferência: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_h

CARIMBO E ASSINATURA: \_\_\_\_\_