



ANEXO III

 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PAS UFMS	SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA / RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA	
TRANSFERÊNCIA	CIDADE DE ORIGEM:	
() PERÍMETRO URBANO	HOSPITAL:	
() PERÍMETRO INTERMUNICIPAL		
DATA: __/__/____	HORÁRIO: _____	
INFORMAÇÕES DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE:		
IDADE:	SEXO: () FEMININO () MASCULINO	
NOME DO ACOMPANHANTE:		CONTATO TELEFÔNICO:
DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:		
ESTADO CLÍNICO GERAL:		
ESTABILIDADE CLÍNICA: () ESTÁVEL () INSTÁVEL		



ESCALA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

PA: _____ X _____ mmHg

FC: _____ bcpm

FR: _____ mrpm

T: _____ °C

SAT: _____ %

() GLICEMIA: _____ mg/dl

CORREÇÃO: _____ UI

GLASGOW DO PACIENTE: _____

() AR AMBIENTE () CATETER DE O₂ () MÁSCARA DE VENTURI () VM

PULSO: () CHEIO () FILIFORME () RÍTMICO () ARRÍTMICO

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO: () SIM () NÃO NÚMERO DO CATETER: _____

ACESSO VENOSO CENTRAL: () SIM () NÃO

MEDICAÇÃO EM CURSO: () SIM () NÃO BIC: () SIM () NÃO

CITAR AS MEDICAÇÕES:

JUSTIFICATIVA MÉDICA

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante

