

Protocolo de atendimento: **36892020**

**DADOS DO PACIENTE:**

Paciente: \_\_\_\_\_ Mat. Agros: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Resumo do Quadro Clínico atual: \_\_\_\_\_

**DADOS DA REMOÇÃO:**

Finalidade da remoção: ( ) Transferência Hospitalar ( ) Outras

Para "Outras", favor especificar: ( ) Alta Hospitalar ( ) Retorno Pós-Operatório ( ) Internação

( ) Realização de Procedimentos Eletivos - Especificar: \_\_\_\_\_

**Finalidades, exceto a Transferência Hospitalar, serão validadas pela auditoria médica do Agros.**

( ) Apenas ida ( ) Apenas volta ( ) Ida e volta - **Em caso de alteração do quadro clínico, será necessário um novo pedido.**

Local de origem: ( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Residência ( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Data saída: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora de Saída: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Local de Destino: ( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Residência ( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Data chegada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora de chegada: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Em casos de alta hospitalar, o paciente necessita de atendimento domiciliar? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Se sim, o Pró-Saúde do Agros já foi contatado? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

**ESPECIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA:**

O prestador de serviço já foi contatado sobre a disponibilidade da vaga ou atendimento? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

**Para casos de realização de procedimentos eletivos, a guia já está liberada?** ( ) **SIM** **NÃO** ( )

O quadro clínico requer, **efetivamente**, que a remoção seja feita por ambulância? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Especifique o tipo de ambulância: ( ) **NORMAL** ( ) **UTI**

Especifique as condições que justifiquem a necessidade de ambulância:

( ) Oxigenoterapia contínua ( ) Paciente em Ventilação Mecânica ( ) Monitorização Contínua

( ) Soroterapia e/ou Terapia Medicamentosa Venosa Contínua

( ) Limitação de Movimentos. Especifique: \_\_\_\_\_

( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

O quadro clínico requer, **efetivamente**, acompanhamento? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Se sim, especificar o tipo de acompanhamento: ( ) Familiar ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Enfermeiro ( ) Médico

Justificativa da necessidade do acompanhamento: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE**

O solicitante é ( ) Médico Assistente do Paciente ( ) Médico Substituto ( ) Pró-Saúde Agros

**CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL**

**DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Remoção autorizada pelo paciente ou responsável, nos termos da solicitação apresentada pelo médico:

**PACIENTE / RESPONSÁVEL**

**DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_