

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS - PASSAGEM DE PLANTÃO

DATA:				UNIDADE:		
SETOR:				PROFISSIONAL:		
Nome: Data de Nascimento: BAE:						
Precaução: () Contato () Aerossol () Gotícula	Avaliação de riscos: () Queda () Lesão por pressão () Flebite () TVP () Sangramento	HDA:	HPP:	Dispositivos:	Soluções em uso:	Dieta:
Nome: Data de Nascimento: BAE:						
Precaução: () Contato () Aerossol () Gotícula	Avaliação de riscos: () Queda () Lesão por pressão () Flebite () TVP () Sangramento	HDA:	HPP:	Dispositivos:	Soluções em uso:	Dieta:
Nome: Data de Nascimento: BAE:						
Precaução: () Contato () Aerossol () Gotícula	Avaliação de riscos: () Queda () Lesão por pressão () Flebite () TVP () Sangramento	HDA:	HPP:	Dispositivos:	Soluções em uso:	Dieta:
Nome: Data de Nascimento: BAE:						
Precaução: () Contato () Aerossol () Gotícula	Avaliação de riscos: () Queda () Lesão por pressão () Flebite () TVP () Sangramento	HDA:	HPP:	Dispositivos:	Soluções em uso:	Dieta:
Nome: Data de Nascimento: BAE:						
Precaução: () Contato () Aerossol () Gotícula	Avaliação de riscos: () Queda () Lesão por pressão () Flebite () TVP () Sangramento	HDA:	HPP:	Dispositivos:	Soluções em uso:	Dieta:
Nome: Data de Nascimento: BAE:						

Precaução: () Contato () Aerossol () Gotícula	Avaliação de riscos: () Queda () Lesão por pressão () Flebite () TVP () Sangramento	HDA:	HPP:	Dispositivos:	Soluções em uso:	Dieta:
--	---	-------------	-------------	----------------------	-------------------------	---------------

**PTS.DEA.004 – FORM I –
Transição de Cuidados da
equipe de enfermagem e
médica – Passagem de Plantão**

Alergias:

Exames realizados:

**Programação/
Intercorrências:**

Alergias:

Exames realizados:

**Programação/
Intercorrências:**

Alergias:

Exames realizados:

**Programação/
Intercorrências:**

Alergias:

Exames realizados:

**Programação/
Intercorrências:**

Alergias:

Exames realizados:	Programação/ Intercorrências:
--------------------	----------------------------------