

CHECKLIST DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA SEGURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:			DATA DE NASC.:
SETOR:	LEITO:	BAE:	PRONT.:

SBAR DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DESTINO:	☐ Internação		☐ Realização de exames		
SINAIS VITAIS (SAÍDA DA UNIDADE)	FC:	FR:	TAX:	P.A:	SAT 02:
SINAIS VITAIS (RETORNO PARA UNIDADE)	FC:	FR:	TAX:	P.A:	SAT 02:

BACKGROUND (HISTÓRIA PRÉVIA)

DIAGNÓSTICO:	
ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim, qual?	PRECAUÇÃO: ☐ NÃO ☐ RASTREAMENTO ☐ CONTATO ☐ RESPIRATÓRIO
MEDICAÇÃO EM USO DURANTE O TRANSPORTE:	
DRIPPING: ☐ Não ☐ Sim, qual?	CRISTALOIDES: ☐ Não ☐ Sim, qual?
SEDAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, qual?	

AVALIAÇÃO (CAUSA DO PROBLEMA)

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	☐ LÚCIDO ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ ALERTA ☐ SONOLENTO ☐ OBNUBILADO ☐ TORPOR	
COMA SEDAÇÃO:	☐ SIM ☐ NÃO	JEJUM: ☐ SIM ☐ NÃO
TIPO DE DIETA:	☐ ORAL INDEPENDENTE ☐ ORAL SUPERVISIONADA ☐ VIA SNE/SEO ☐ VIA GTT ☐ VIA NPT ml/h	
DISPOSITIVOS INVASIVOS:	ACESSO PERIFÉRICO EM:	ACESSO PROFUNDO EM:
VENTILAÇÃO:	☐ ESPONTÂNEO ☐ TQT ☐ TOT ☐ MNBZ ☐ CATETER TIPO ÓCULOS ☐ UMIDIFICADOR ☐ VNI	

DOCUMENTAÇÕES

☐ EXAMES	☐ PRESCRIÇÃO	☐ IDENTIDADE DO PACIENTE
☐ EVOLUÇÃO MÉDICA	☐ ESPELHO DA REGULAÇÃO	☐ RELATÓRIO SOCIAL
☐ CONTATO COM FAMILIAR. QUEM?		

TRANSPORTE

MEIO DE TRANSPORTE:	☐ Maca ☐ Cadeira ☐ Cama/leito
EQUIPAMENTOS:	☐ Cilindro de oxigênio ☐ Monitor de transporte ☐ Respirador ☐ Maleta de transporte ☐ Ambú
EQUIPE DE TRANSPORTE:	☐ Motorista ☐ Técnico de enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico
INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE:	☐ Não ☐ Sim, qual?
REGISTRO DA TOMADA DE AÇÃO NO PRONTUÁRIO?	

ASSINATURA E CARIMBO

RESPONSÁVEL DO NIR	LÍDER DE ENFERMAGEM	TÉC. DE ENFERMAGEM	MÉDICO

MOTORISTA	ASSISTENTE SOCIAL	RECEBIMENTO DO PACIENTE NO DESTINO