



MARINHA DO BRASIL

POLICLÍNICA NAVAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

FORMULÁRIO DE REMOÇÃO DE PACIENTE

NOME: _____
MILITAR DA ATIVA () / MILITAR RESERVA () / DEPENDENTE () / PENSIONISTA ()
IDADE: _____ SEXO: _____ NIP: _____ (Em caso de Declaração de Dependente - NIP do Titular)
ACOMPANHANTE: _____ TELEFONE: _____
EMPRESA DE REMOÇÃO: _____

TIPO: () UTI MÓVEL () BÁSICA
ORIGEM: _____ **DESTINO:** _____
DATA E HORA DA SAÍDA: ____ / ____ / ____ **DATA E HORA DA CHEGADA:** ____ / ____ / ____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () LÚCIDO () OBNUBILADO () TORPOROSO () COMATOSO
APRESENTA-SE () HIPOCORADO () HIPOHIDRATADO () CIANOSE () ICTERÍCIA () DISPNEICO
IMOBILIZAÇÃO () SIM () NÃO QUAL? _____
INGESTÃO ALCOÓLICA () SIM () NÃO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () GRAVE
ALEGA () DOENÇA () INTOXICAÇÃO () ACIDENTE () AGRESSÃO () QUEDA
() OUTROS

RESUMO CLÍNICO (no recebimento do paciente para transporte) : **Diagnóstico:** _____
PA: _____ **X** _____ **FC:** _____ **FR** _____ **CID X :** _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE	MÉDICO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO DESTINO

FAVOR ANEXAR OS EXAMES REALIZADOS NA ORIGEM E REPASSAR NO HOSPITAL DE DESTINO

1 VIA: EMPRESA TRANSPORTADORA (Enviar cópia para a PNSPA)
2 VIA: MEDICO DO HOSPITAL DE DESTINO