

Protocolo de atendimento: **368920**

DADOS DO PACIENTE:

Paciente: _____ Mat. Agros: _____

Acompanhante: _____ Tel.: _____

Resumo do Quadro Clínico atual: _____

Paciente está acamado ? () **SIM** **NÃO** ()

Paciente está em de Oxigenoterapia contínua ? () **SIM** **NÃO** ()

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

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** ()

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

Especifique outras condições que justifiquem a necessidade de ambulância:

() 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 ___/___/_____