

ANEXO IV – MODELO DE FICHA DE REMOÇÃO DE PACIENTE

Data da remoção: ____/____/____		Ambulância: () Básica () UTI	
Tipo de remoção: () Programada () Não-programada () Urgência () Retorno			
Deslocamento: () Ida ou volta () Ida e volta		Km rodado: _____km	
Equipe terceirizada:			

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:			
Data de nasc.: ____/____/____	Sexo: () M () F	Clínica:	Leito:

Origem do paciente:		Destino do paciente:	
Horário chegada origem	Horário saída origem	Horário chegada destino	Horário saída destino
_____:	_____:	_____:	_____:

INFORMAÇÕES SOBRE O TRANSPORTE:

[illegible]

TIPO DE LIMPEZA EXECUTADA APÓS A REMOÇÃO

☐ Concorrente ☐ Terminal	Horário da limpeza: ____:____	Assinatura e carimbo responsável pela limpeza:
---	-------------------------------	---