



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ- SESAPI-PI

ATESTADO DE AVALIAÇÃO E ESTABILIDADE CLÍNICA PARA TRANSPORTE E CONSULTA AMBULATORIAL ELETIVA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: __ / __ / __

CPF/CNS: _____

Hospital de origem: _____

Unidade/Setor: _____ Leito: _____

Diagnóstico principal/motivo da internação:

Data da internação: __ / __ / __

2. AVALIAÇÃO CLÍNICA PRÉ-TRANSPORTE

Declaro que o (a) paciente acima identificado (a) foi avaliado (a) clinicamente nesta data, previamente ao deslocamento para o **HEMOPI**, com o objetivo de verificar sua condição clínica para transporte e realização de **consulta ambulatorial eletiva**.

Data da avaliação: __ / __ / __

Horário da avaliação: _____

Sinais vitais no momento da avaliação

PA: / mmHg

FC: _____ bpm

FR: _____ irpm

SpO₂: _____ %

Temperatura: _____ °C

Estado de consciência:

- ☐ Alerta e orientado
- ☐ Sonolento, porém responsivo
- ☐ Rebaixamento do nível de consciência
- ☐ Outro: _____

Avaliação clínica

Condição hemodinâmica:

- ☐ Estável
- ☐ Instável
- ☐ Necessita de monitorização durante o transporte

Condição respiratória:

- ☐ Sem necessidade de suporte ventilatório
- ☐ Oxigênio suplementar _____ L/min
- ☐ Ventilação não invasiva
- ☐ Ventilação mecânica invasiva
- ☐ Outro: _____

Necessidade de monitorização durante o transporte:

- ☐ Não
- ☐ Sim — especificar: _____

3. SUPORTES E CUIDADOS NECESSÁRIOS DURANTE O TRANSPORTE

O paciente necessita de:

- ☐ Acesso venoso
- ☐ Infusão contínua de medicamento

- ☐ Oxigenoterapia
- ☐ Monitorização cardíaca
- ☐ Monitorização de pressão arterial
- ☐ Monitorização de saturação de oxigênio
- ☐ Controle de glicemia
- ☐ Outros: _____

Medicamentos ou infusões que deverão ser mantidos durante o transporte:

4. MODALIDADE DE TRANSPORTE RECOMENDADA

Após avaliação clínica, considero indicada a seguinte modalidade de transporte:

- ☐ Veículo de transporte sanitário, sem necessidade de suporte assistencial durante o trajeto
- ☐ Ambulância de transporte, sem necessidade de suporte avançado
- ☐ Ambulância com suporte avançado
- ☐ Outro: _____

Necessidade de acompanhamento durante o transporte:

- ☐ Sem profissional de saúde adicional
- ☐ Profissional de enfermagem
- ☐ Médico e profissional de enfermagem
- ☐ Outro: _____

5. DECLARAÇÃO MÉDICA ;

Declaro, para os devidos fins, que o(a) paciente acima identificado(a) foi submetido(a) a **avaliação médica prévia ao transporte** e que, considerando sua condição clínica no momento da avaliação, **apresenta condições clínicas para o deslocamento a HEMOPI e realização de consulta ambulatorial eletiva**, desde que sejam observadas as condições de transporte e os cuidados assistenciais acima especificados.

Declaro, ainda, que foram considerados, na decisão de transporte, a condição hemodinâmica e respiratória do paciente, o nível de consciência, as necessidades de suporte clínico e a modalidade de transporte compatível com seu estado atual.

Este documento registra a condição clínica do paciente no momento da avaliação e não constitui garantia de ausência de intercorrências durante o transporte ou durante a permanência fora do estabelecimento de origem.

Caso ocorra alteração clínica significativa antes da saída do paciente, o transporte deverá ser reavaliado pelo médico responsável, podendo ser suspenso ou adiado até que sejam restabelecidas condições adequadas de segurança.

6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS / RESTRIÇÕES AO TRANSPORTE

7. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome do médico: _____

CRM _____ UF _____

Telefone/ramal para contato com o médico responsável:

Data __/__/__

Horário;

Assinatura e carimbo do médico responsável:

OBSERVAÇÃO AO SERVIÇO DE ORIGEM;

Este documento deverá acompanhar o paciente durante o deslocamento e ser apresentado à equipe da **HEMOPI-PI** no momento da chegada para a consulta ambulatorial.

A emissão deste documento não substitui as demais medidas de segurança e os requisitos técnicos aplicáveis ao transporte de pacientes, devendo o estabelecimento de origem providenciar modalidade de transporte, equipe e recursos compatíveis com a condição clínica do paciente.