



Ficha clínica de transferência

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____	
Matrícula IIER: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	Idade: _____
Endereço: _____	
<hr/>	
TELEFONES PARA CONTATO	
Necessário sigilo?	() sim () não
Residencial: _____	
Celular: _____	Rec./Falar com: _____
INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA TRANSFERÊNCIA	
A) Equipe Médica:	
Motivo do Encaminhamento:	
() Cuidados paliativos complementares	
() Cuidados paliativos exclusivos	
Intercorrência aguda recente () sim () não	
Resumo da internação do paciente	
Antecedentes patológicos e comorbidades:	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids
Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana - São Paulo – SP.
CEP 04121-000 – Fone: 5087-9911



C) Serviço Social

Resumo Social: _____

Reunião familiar realizada? () sim () não

Familiares para contato:
