


	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) Assistência de Enfermagem	POP 076														
	ENCAMINHAMENTO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E HOSPITAL VERA CRUZ	Próxima Revisão: 2026														
Elaborado por: Maria Alice Tosatti		Data da Elaboração: 11/09/2017														
Revisado por: Seliane Schimtt		Data da Revisão: 03/01/2024														
Aprovado por: Secretaria Municipal de Saúde de Vera Cruz do Oeste		Aprovado em: Julho 2017														
Local da guarda do documento: ESF Jardim Bandeirantes; Jardim América, Central e São Sebastião.																
Objetivo: Organizar o processo de trabalho do pessoal da área enfermagem e médica.																
Setor: Programa Saúde da Família – Atenção Básica		Agentes: Enfermeiros, Auxiliares, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde														
<p>Na ausência do profissional médico em alguma das Unidades de Saúde, após avaliação da enfermagem, ou em casos de urgência e emergência, após avaliação médica, utiliza-se este formulário (em anexo) para referenciar o paciente, podendo este ser encaminhado para uma outra Unidade de Saúde ou Hospital Vera Cruz.</p>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;"> ENCAMINHAMENTO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E HOSPITAL VERA CRUZ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> DE: _____ PARA: _____ DATA: ____/____/____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> NOME: _____ DATA DE NASC: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> CNS: _____ PRONTUÁRIO: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> PESO: _____ ESTATURA: _____ PA: _____ SP02: _____ FC: _____ T: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> QUEIXA PRINCIPAL: _____ _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> PROFISSIONAL: _____ </td> </tr> </table>				ENCAMINHAMENTO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E HOSPITAL VERA CRUZ	DE: _____ PARA: _____ DATA: ____/____/____		NOME: _____ DATA DE NASC: _____		CNS: _____ PRONTUÁRIO: _____		PESO: _____ ESTATURA: _____ PA: _____ SP02: _____ FC: _____ T: _____		QUEIXA PRINCIPAL: _____ _____		PROFISSIONAL: _____	
	ENCAMINHAMENTO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E HOSPITAL VERA CRUZ															
DE: _____ PARA: _____ DATA: ____/____/____																
NOME: _____ DATA DE NASC: _____																
CNS: _____ PRONTUÁRIO: _____																
PESO: _____ ESTATURA: _____ PA: _____ SP02: _____ FC: _____ T: _____																
QUEIXA PRINCIPAL: _____ _____																
PROFISSIONAL: _____																

