








| | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
|  | PROCEDIMENTO DA QUALIDADE | |  <small>Secretaria Municipal de Saúde</small>  |
| INSTRUMENTO DE TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO - SBAR | | | Código: UPA QUA PQ 004 |
| | | | REVISÃO: 000 |
| SETOR: ENFERMAGEM | DATA DE ELABORAÇÃO: 20/03/2023 | DATA DE REVISÃO: 20/03/2025 | Página: 1/2 |

| | |
|---|--|
| Sala de Origem: _____ Leito: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___ h: ___ min. | Sala de Transferência: _____ Leito: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___ h: ___ min. |
| _____ Carimbo e assinatura do Profissional responsável | _____ Carimbo e assinatura do Profissional responsável |

| | |
|---|---|
| S Situação | Nome do paciente: _____ |
| | Data de nascimento: _____ Idade: _____ |
| | Motivo da internação: _____ |
| | O que aconteceu: _____ |
| B Breve história | História prévia: _____ |
| | Última internação: _____ |
| | Medicamentos de uso contínuo: _____ |
| | Alergias: ()sim ()não. Listar: _____ |
| | Acompanhante: ()sim ()não. (Família presente/suporte social): _____ |
| A Avaliação | Sinais vitais: PA: X mmhg FC: bpm FR: rpm HGT: SPO ₂ : % |
| | Necessita de O ₂ : ()máscara de Venturi ()cateter nasal l/min. |
| | Mantem: ()AVP ()AVC ()FAV ()SNE ()CVD |
| | Realizados medicamentos de horário? Quais? _____ |
| | Exames alterados: _____ |
| | Apresenta lesão? Dreno? Ostomias? Local: _____ |
| | Risco de queda: ()sim ()não |
| | Estado: ()lúcido/orientado ()confuso |
| | Protocolo aberto: ()Dor torácica ()Sepse ()AVE ()Diarreia ()ITU ()outros: _____ |
| | Procedimentos realizados durante a internação (exames de imagem, Hemotransfusão, outros): _____ |
| Atenção ao uso de ANTICOAGULANTE . | |
| R | Pendências: _____ |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|---|--|
|  | | PROCEDIMENTO DA QUALIDADE | |    | |
| INSTRUMENTO DE TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO - SBAR | | | | Código: UPA QUA PQ 004 | |
| | | | | REVISÃO: 000 | |
| SETOR: ENFERMAGEM | | DATA DE ELABORAÇÃO: | | DATA DE REVISÃO: 20/03/2024 | |
| | | Página: 2/2 | | | |
| Recomendações | | | | | |
| | | Plano de cuidados: | | | |

| LEGENDA | |
|----------------|--|
| S | IDENTIFICAÇÃO ACOLHIMENTO E CONDIÇÕES ATUAIS DO PACIENTE. |
| B | ANTECEDENTES CLÍNICOS DO PACIENTE, ALERGIAS USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA. |
| A | MONITORAMENTO DO PACIENTE, ESTADO GERAL FISIOLÓGICO E USO DE DISPOSITIVOS. |
| R | CIÊNCIA DA SEQUÊNCIA DE CUIDADOS PERMITINDO QUE O PROFISSIONAL SE ANTECIPE E TRACE UM PLANEJAMENTO DE CUIDADOS E POSSÍVEIS ALTERAÇÕES. |

| ELABORADOR | CONSENSO | APROVADOR |
|---|---|--|
| Nome: Etienne Cardoso Função: Coordenadora Data: 05/12/2023 | Nome: Hilton Alves Junior Função: Enfermeiro Qualidade Data: 05/01/2024 | Nome: Alan Sebata Função: Gerente Data: 19/01/2024 |