

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

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

|   |   |
|---|---|
| <b>S</b><br><b>Situação</b>               | Nome do paciente: _____   |
|   | Data de nascimento: _____ Idade: _____  |
|   | Motivo da internação: _____   |
|   | O que aconteceu: _____  |
| <b>B</b><br><b>Breve história</b>         | História prévia: _____  |
|   | Última internação: _____  |
|   | Medicamentos de uso contínuo: _____   |
|   | Alergias: ( )sim ( )não. Listar: _____  |
|   | Acompanhante: ( )sim ( )não. (Família presente/suporte social): _____                                 |
| <b>A</b><br><b>Avaliação</b>              | Sinais vitais: PA: <input checked="" type="checkbox"/> mmhg FC: bpm FR: rpm HGT: SPO <sub>2</sub> : % |
|   | Necessita de O <sub>2</sub> : ( )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 <b>ANTICOAGULANTE</b> . |   |
| <b>R</b>                                  | Pendências: _____   |

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

| <b>LEGENDA</b> |  |
|----------------|--|
| <b>S</b>       | IDENTIFICAÇÃO ACOLHIMENTO E CONDIÇÕES ATUAIS DO PACIENTE.  |
| <b>B</b>       | ANTECEDENTES CLÍNICOS DO PACIENTE, ALERGIAS USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA.   |
| <b>A</b>       | MONITORAMENTO DO PACIENTE, ESTADO GERAL FISIOLÓGICO E USO DE DISPOSITIVOS.   |
| <b>R</b>       | 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<br>Função: Coordenadora<br>Data: 05/12/2023 | Nome: Hilton Alves Junior<br>Função: Enfermeiro Qualidade<br>Data: 05/01/2024 | Nome: Alan Sebata<br>Função: Gerente<br>Data: 19/01/2024 |