



## SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE TRANSPORTE

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

**MATERIAL PERMANENTE: Manter na caixa vermelha dentro da bolsa**

DESCRIÇÃO	QTD.ENVIADA	QTD.UTILIZADA
Cabo de laringoscópio	1 cabo	
Lâmina de laringoscópio reta 1, 2 e 3 - uma unidade de cada	1 de cada	
Lâmina de laringoscópio curva 3	1 unidade	
Pilhas para o cabo do laringoscópio – testar antes e não deixar dentro do cabo	2 unidades	
Termômetro e tesourinha	1	

**MATERIAL OBRIGATÓRIO CME: Enfermeiro solicita ao CME para montagem previamente ao transporte**

Ambu: ( ) 250 mL para neonato ( ) 1.000 mL para adulto	1	
Cateter nasal	1	
Guedel número 3 – para transporte de adulto	1	
Látex 2 metros	1	
Máscara de Venturi	1	
Máscara facial para ambu – nº 0 (zero)	1	
Máscara facial para ambu – nº 1 (um)	1	
Máscara facial para ambu – nº 3 ou 4 – Tamanho adulto (somente transporte adulto)	1	
Reservatório para ambu	1	

**MATERIAL OBRIGATÓRIO FARMÁCIA: Enfermeiro solicita para farmácia no dia do transporte**

Agulha (0,70 x 25 mm)	5	
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5 estéril	3	
Equipo para bomba de infusão	2	
Equipo bureta ( ) microgotas para neonatos ( ) macrogotas para adulto	1	
Fita hipoalergênica Micropore 25MM x 10M	1	
Fralda Descartável – Para transporte neonatos	2	
Gorro	3	
Introcan - Jelco: ( ) nº 24 para neonato ( ) nº 18 para adulto	2	
Luva de procedimento	10	
Luva estéril : ( ) 7,5 para neonato ( ) 8,0 para adulto	2	
Seringa Descartável 3mL, com agulha 25 x 7	3	
Seringa Descartável 5mL, com agulha 25 x 7	3	
Seringa Descartável 10mL sem agulha	3	
Seringa Descartável 20mL, com agulha 25 x 7	3	
Sonda de aspiração traqueal ( ) número 6 para neonato ( ) número 10 para adulto	2	

**MEDICAMENTOS OBRIGATÓRIOS: Enfermeiro solicita na farmácia no dia do transporte**

Água para injeção (Água destilada), amp.10mL	5	
Adren (Adrenalina ou EPINEFrina), 1 mg/mL amp.1mL	3	
Dormonid (Midazolam), 5mg/3mL amp.3mL	1	
Fentanest (FentaNILA), 0,05mg/mL amp.2mL	1	
Glicose 25% (250mg/ml), amp.10mL	2	
Solução Fisiológica 0,9% amp.10mL	5	

**MATERIAL CONFORME NECESSIDADE (responsabilidade da enfermeira, após combinar com o médico)**

Bomba Infusora extra		
Cânula de traqueostomia número: _____ com balão		
Máscara laríngea número: _____		
Tubo endotraqueal número: _____		

**OUTROS:**


FORM.DT.014

Assinatura do responsável pela conferência

Assinatura e carimbo do ENFERMEIRO