

SOLICITAÇÃO DE VAGA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) SÃO MARCOS

DATA:	HORÁRIO:	Nº SOLICITAÇÃO:	
01 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE*			
UNIDADE:			
MUNICÍPIO:	TELEFONE:	MÉDICO SOLICITANTE:	
02 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE*			
NOME:		CONVÊNIO: () SIM () NÃO	
QUAL?:	ENDEREÇO:	CIDADE:	
DATA NASC:	IDADE:	SEXO:	TELEFONE:
NOME DA MÃE:			
03 - CRITÉRIOS CLÍNICOS (Assinale com X)			
<input type="checkbox"/> Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. <input type="checkbox"/> Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. <input type="checkbox"/> Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. <input type="checkbox"/> Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica. <input type="checkbox"/> Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.			
04 - JUSTIFICATIVA DE SOLICITAÇÃO* (Caso necessário, anexar evolução e resultados de exames)			
HISTÓRIA CLÍNICA RESUMIDA:			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
DOENÇAS PRÉVIAS:			
POSSUI ALERGIAS:	() SIM () NÃO	DESCREVER ALERGIAS:	
ESTADO FUNCIONAL:	() INDEPENDENTE	() NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA	() RESTRITO / ACAMADO
05 - SUPORTE EM USO*			
VENTILAÇÃO MECÂNICA: () SIM () NÃO	DROGA VASOATIVA : () SIM () NÃO		
QUAL DROGA?:	DOSE DA DROGA:		
HEMODIÁLISE: () SIM () NÃO	RESULTADO DE CREATININA:		
06 - CIRURGIA (Assinale com X)			
CIRURGIA ELETIVA: () SIM () NÃO	QUAL?:	DATA:	
CIRURGIA DE URGÊNCIA: () SIM () NÃO	QUAL?:		
07 - PROFISSIONAL SOLICITANTE*			
*NOME:		ASSINATURA E CARIMBO	
08 - DADOS DE AUTORIZAÇÃO			
VAGA AUTORIZADA? () SIM () NÃO		Nº LEITO RESERVADO:	
DATA E HORA PREVISTA PARA INTERNAÇÃO:		TELEFONE:	
09 - SE NÃO AUTORIZADA, JUSTIFICAR MOTIVO DE RECUSA			
*PROFISSIONAL MÉDICO EXECUTANTE:		ASSINATURA E CARIMBO	
DATA: ___/___/_____		HORA:	
*ENVIAR SOLICITAÇÃO PARA ENDEREÇO DE E-MAIL: regulacao@hospacidentados.com.br			
*PREENCHIMENTO DEVERÁ SER REALIZADO DE FORMA LEGÍVEL			