

SOLICITAÇÃO DE VAGA EM ENFERMARIA COVID 19 HOSPITAL DOS ACIDENTADOS

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)			
COVID 19 POSITIVO: SIM () NÃO ().			
TESTE CONFIRMATÓRIO: RT-PCR () COVID ANTÍGENO () SOROLOGIA/TESTE RÁPIDO IGM E IGG ().			
DATA DA REALIZAÇÃO DO TESTE: ____/____/____.			
DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____. COMORBIDADES: HAS () DM () DISLIPIDEMIAS ()			
ASMA/DPOC () CARDIOPATIA () OBESIDADE (). OUTROS: _____			
RESULTADO DE TC DE TÓRAX: _____			
GASOMETRIA ARTERIAL: pH: ____ pCO2 ____ paO2 ____ HCO3 ____ sO2 ____ Be ____ Rel. PaO2/FiO2: ____			
HEMOGRAMA: HB ____ HT ____ LC ____ BASTONETES ____ PLAQ ____.			
UR: ____ CREATININA ____ NA ____ K ____ TROPONINA: ____ DIMERO-D: ____.			
CULTURAS: _____			
04 - JUSTIFICATIVA DE SOLICITAÇÃO* (Caso necessário, anexar evolução e resultados de exames)			
HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE ATUALIZADA:			
EXAME FÍSICO ATUAL:			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
MEDICAÇÕES EM USO E QUANTOS DIAS:			
POSSUI ALERGIAS:	() SIM () NÃO	DESCREVER ALERGIAS:	
ESTADO FUNCIONAL:	() INDEPENDENTE	GLASGOW:	() RESTRITO / ACAMADO
05 - SUPORTE EM USO*			
SUPORTE DE O2 : () SIM () NÃO	SATURAÇÃO ATUAL :		
CATETER NASAL: () MASCARA RES.: ()	FREQUENCIA RESPIRATÓRIA ATUAL:		
OFERTA O2 EM LITROS:	ESFORÇO RESPIRATÓRIO? SIM () NÃO ().		
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 PELO MÉDICO ASSISTENTE .			