



# SOLICITAÇÃO DE VAGA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITAL DOS ACIDENTADOS E MATERNIDADE SÃO LUCAS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

HORÁRIO:

**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 - JUSTIFICATIVA DE SOLICITAÇÃO\* (Caso necessário, anexar evolução e resultados de exames)****HISTÓRIA CLÍNICA RESUMIDA:****HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:****O PACIENTE NECESSITA DE AVALIAÇÃO DE QUAIS ESPECIALIDADES MÉDICAS?****PRECAUÇÕES/ISOLAMENTOS:** ( ) PADRÃO ( ) CONTATO ( ) GOTÍCULAS ( ) AEROSSÓIS**P.A.:****FC:****SpO2:****FR:****Glasgow:****DOENÇAS PRÉVIAS:****POSSUI ALERGIAS:**

( ) SIM ( ) NÃO

**DESCREVER ALERGIAS:****ESTADO FUNCIONAL:**

( ) INDEPENDENTE

( ) NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA

( ) RESTRITO / ACAMADO

**05 - SUPORTE EM USO\***

USO DE OXIGÊNIO: ( ) SIM ( ) NÃO

DROGA VASOATIVA: ( ) SIM ( ) NÃO

QUAL DROGA?:

( ) CN \_\_\_ Lt ( ) MV \_\_\_ % ( ) MNR \_\_\_ Lt ( ) VM

DOSE DA DROGA:

HEMODIÁLISE: ( ) SIM ( ) NÃO

RESULTADO DE CREATININA:

EM USO DE ANTIBIÓTICO?

**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](mailto:regulacao@hospacidentados.com.br)

\*PREENCHIMENTO DEVERÁ SER REALIZADO DE FORMA LEGÍVEL