



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Estabelecimento de Saúde: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (completo sem abreviação): _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino

Endereço: _____

Telefone: _____

Localização do Paciente: _____ Leito/Box: _____ Telefone: _____

ATENÇÃO:

A solicitação de internação em U.T.I deverá conter as seguintes informações:

- 1- Quadro Neurológico: Nível de consciência, Pupilas
- 2- Quadro Respiratório: FR, Cianose, Uso e Tipo de Suporte Ventilatório, Gasometria
- 3- Quadro Hemodinâmico: PA, FC, Perfusão, uso de Drogas Vasoativas
- 4- Quadro Renal: Diurese

DADOS DA INTERNAÇÃO (preencher com letra legível)

Caráter da internação: Eletiva Urgência / Emergência

Indicação de UTI: Adulto Geral Adulto - Trauma Adulto Coronária Pediatria Neonatal

Unidade de internação sugerida: _____

Diagnóstico principal inicial: _____

Código (CID): _____

Procedimento principal solicitado: _____ Código: _____

Principais sinais e sintomas clínicos que justificam a internação: _____

Principais resultados e provas diagnósticas: _____

Data de seçada para internação: ____/____/____

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome: _____ CRM: _____

Telefone p/ contato: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura e Carimbo