



**Contato para retorno: 55 (11) 3394-5511 ou 5512** **controledeleitos@hsl.org.br**

Instituição Solicitante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Convênio (enviar cópia do cartão): \_\_\_\_\_

Plano: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

Contato/ Telefone do Responsável: \_\_\_\_\_

**Preenchimento pelo Médico Solicitante**

Vaga solicitada:	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> UTI Cardio	<input type="checkbox"/> UCG
<input type="checkbox"/> UCO	<input type="checkbox"/> Semi	<input type="checkbox"/> Unid. De Internação	<input type="checkbox"/> UTI Ped.	<input type="checkbox"/> Semi Ped.	<input type="checkbox"/> Pediatria

**Dados da capacitação**

Diagnostico principal e secundário: \_\_\_\_\_

Histórico Médico: \_\_\_\_\_

**Dados Clínicos e Laboratoriais**

Sinais Vitais: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Laboratório: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ Outros lab.: \_\_\_\_\_

Neuro:  Consciente  Rebaixado  Coma Glasgow: \_\_\_\_\_

Suporte Ventilatório:  ar ambiente  O2  Mascara  Ventilação Mecânica -  
FiO2: \_\_\_\_\_

Acesso Vascular:  Periférico  Central  Sem acesso

Infusões:  Nitroglicerina  Noradrenalina  Nitroprussiato  Dobutamina

outras: \_\_\_\_\_

Dieta:  VO  Enteral  NPT  Jejum

Sonda vesial:  S  N Hemodiálise:  S  N

Condições de Transporte:  S  N  Ambulância UTI  Ambulância Simples

Isolamento:  S  N Se sim, motivo do isolamento: \_\_\_\_\_