



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: _____