

INFORMAÇÕES SOBRE O INTERNAMENTO

Tipo de internamento:

clínico () cirúrgico () pediátrico () obstétrico () psiquiátrico () oncológico ()
leito enfermaria/apartamento () unidade de terapia intensiva ()
eletivo () urgência/ emergência ()

Se internamento de urgência/emergência, indicar:

acidente pessoal () complicação obstétrica () risco imediato de morte ()
agravo irreversível (), descrever:

Se internamento cirúrgico ou obstétrico indicar procedimento que será necessário:

Justificativa para o internamento:

Em caso de demanda por internação em Terapia Intensiva:

Prioridade de admissão atribuída ao paciente, observando obrigatoriamente o disposto na Resolução CFM 2.156/2016, Art. 6º:

() Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

() Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

() Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. () Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

() Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Parecer clínico para terapia intensiva:

Local onde o paciente se encontra:

Hospital onde deverá ser realizado o internamento:

Tratamento em curso no local atual do paciente:

O₂ cateter nasal () O₂ máscara facial () – volume corrente:

Intubação traqueal () Ventilação mecânica () Monitorização contínua ()

Drogas vasoativas () Tipo/volume:

Reposição volêmica () tipo/volume:

Outros procedimentos () Descrever:

Outros comentários pertinentes ao caso: _____

_____/_____/_____ (Local) (data)

_____ (assinatura e carimbo)