

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE COM DOENÇA INFECTOPARASITÁRIA**

CENTRAL DE REGULAÇÃO – POLO ESTADUAL

DIAGNÓSTICO: ( ) MENINGITE ( ) SIDA ( ) TUBERCULOSE

OUTROS \_\_\_\_\_

DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE** ( ) Adulto ( ) Adolescente ( ) Gestante ( ) Criança até 12 anos

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) F=fem.; M=masc. DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO \_\_\_\_\_

**DADOS DO SOLICITANTE**

UNIDADE \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ (nome e carimbo)

**QUADRO CLÍNICO**

Início dos sintomas há \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO ( ) Clínico ( ) Radiológico ( ) Punção Lombar ( ) Sorológico ( ) Microbiológico

Especificar material e resultados \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO NEUROLÓGICA ( ) Consciente ( ) Torporoso ( ) Coma superficial ( ) Coma profundo

( ) Distúrbio de comportamento ( ) Convulsão

HEMODINAMICAMENTE ( ) Estável ( ) Instável

NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA ( ) SIM ( ) NÃO

EM CASO DE TUBERCULOSE ( ) Bacífero ( ) Não Bacífero ( ) Não Realizado

CULTURA PARA BK ( ) Positiva ( ) Em andamento ( ) Multi - resistente

DOENÇA CO-EXISTENTES ( ) Hipertensão arterial ( ) DPOC ( ) Infecção respiratória

( ) Doenças hematológicas ( ) Doença renal ( ) Doença cardíaca ( ) Doença gástrica

Outras \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES EM USO \_\_\_\_\_

Esquemas de resgate ( ) Sim ( ) Não

EXAMES LABORATORIAIS QUE FECHAM O DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

**MÉDICO REGULADOR**

Nome \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

UNIDADE DESTINO \_\_\_\_\_

Contato da Unidade \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

DATA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE UTILIZADO PARA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR**

( ) GSE ( ) SAMU ( ) UNIDADE SOLICITANTE ( ) UNIDADE AVANÇADA

DATA DE CHEGADA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ INFORMANTE \_\_\_\_\_

**TEL: 2332-8577**