

## SOLICITAÇÃO DE VAGA

### DADOS PESSOAIS

Origem do Paciente	Data	Hora
Cidade	Estado	CPF
Nome Completo	Data Nascimento	
Sexo Masculino ( ) Feminino ( )	Nome da Mãe	

### DADOS DO CONVÊNIO

Convênio:	Nº da Carteirainha:
-----------	---------------------

### INDICAÇÕES CLÍNICAS

Tempo de internação			
Paciente necessita de Isolamento?	( ) SIM ( ) Não	Em caso de isolamento, qual o tipo?	( ) Gotículas ( ) Contato ( ) Aerosóis
Médico Assistente	( ) SIM ( ) Não	Em caso de resposta afirmativa, informar o nome do Médico Assistente:	
Diagnóstico:	CID:	Ambulância: Simples ( ) UTI ( )	

História Clínica Resumida
---------------------------

### DOCUMENTOS OBRIGATORIOS E NECESSÁRIOS PARA TRANSFERENCIA DO PACIENTE

		Prescrição Inicial	Elegibilidade Do Convênio	Prescrição Atual	SE EM USO DE ANTIBIÓTICO, FAVOR INFORMAR EM QUE DIA SE ENCONTRA:		
Transferência do paciente	Clínica / P S para Hospital	X	X		CLÍNICO ( )	CIRÚRGICO ( )	U.T.I. ( )
	Hospital para Hospital sem médico Assistente	X	X	X			
	Hospital para Hospital com médico Assistente	X	X	X	ACOMODAÇÃO ( ) ENF ( ) APTO		
Paciente realizou exames Laboratoriais e/ou Imagens?	Sim ( ) Não ( )	Quais?		OBRIGATÓRIO ENVIAR EXAMES REALIZADOS			

### CONDIÇÃO CLÍNICA

Ventilação	Ar Ambiente ( )	Uso O2 suplementar ( )	Ventilação mecânica ( )
Dispositivos Invasivos?	Acesso venoso profundo ( )	SVD ( ) SNE ( ) SNG ( ) TOT ( )	Traqueostomia ( ) Data da Instalação:
Acesso Vascular	Sim ( ) Não ( )	Se Sim Qual?	Número de Glasgow:

### CONDIÇÃO OBSTÉTRICA

Quantas Gestações:	Data Última Menstruação (DUM):	PA:	Frequência Cardíaca Fetal (FCF):
Toque:	Dinâmica Uterina (DU):	US Obstétrica:	Cardiotocografia Fetal:

### DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Médico Responsável e CRM	
Cargo	
Assinatura	Telefone para contato:

### IMPRESINDÍVEL PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO JUNTO DA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Atenção!! O PREENCHIMENTO DO IMPRESSO NÃO EXCLUI A POSSIBILIDADE DE CONTATO ENTRE OS MÉDICOS SOLICITANTE E O DO HOSPITAL DE ACEITE APÓS O PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO, ENVIAR PARA O EMAIL: [internacao@hospital10dejulho.com.br](mailto:internacao@hospital10dejulho.com.br)

ACEITE: Sim ( ) Não ( )	Hospital que cedeu a vaga:
	Médico responsável:
	Responsável pelas Informações: