

FORMULARIO PROVISÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

DADOS UNIDADE SOLICITANTE	
Nome da Unidade:	
Endereço da Unidade:	
Email da unidade :	
Município:	
Telefone Unidade:	
Médico Solicitante:	
CRM:	
Data da Solicitação:	
DADOS DO PACIENTE	
Nome Completo:	
Nome Social:	SIM () NÃO () *preenchimento obrigatorio
<i>Se SIM - Qual?</i>	
Data de Nascimento:	
Nome da Mãe:	
Sexo:	
Numero Cartão SUS:	
SINAN:	
Endereço de Residência:	
Município de Residência:	
Bairro:	
Telefone para Recado:	
A internação é por Ordem Judicial?	SIM () NÃO ()
PACIENTE ENCONTRA-SE INTERNADO:	
SIM ()	CID.:
	Motivo:
NÃO ()	
RESUMO CLÍNICO:	
Resultado Baciloscopia:	Positivo () Negativo ()
Resultado Cultura:	Positivo () Negativo ()
Teste de Sensibilidade:	Sensível à todas as drogas ()
	Resistente () Rifampicina () Isoniazida ()
TESTE MOLECULAR RÁPIDO	
Resultado de Teste anti-HIV:	Positivo () Negativo ()
Faz uso de Anti - retroviral?:	SIM () NÃO ()

QUADRO CLÍNICO:	
Insuficiência respiratória:	SIM () NÃO ()
Hemoptise:	SIM () NÃO ()
Em uso de máscara ou cateter O2:	SIM () NÃO ()
Presença de traqueostomia:	SIM () NÃO ()
Presença de úlceras por pressão:	SIM () NÃO ()
Uso de sonda nasogástrica\ enteral:	SIM () NÃO ()
Uso de sonda vesical de demoral:	SIM () NÃO ()
Cadeirante:	SIM () NÃO ()
Acamado:	SIM () NÃO ()
Faz hemodiálise:	SIM () NÃO ()
Já tomou vacina para o COVID-19	SIM () NÃO () - * <i>Enviar comprovante</i>
P.A.:	
F.C.:	
GLASGOW:	
RESUMO CLÍNICO:	
EXAME FÍSICO:	
EXAME SUBSIDIÁRIO:	
TRATAMENTO DE TUBERCULOSE:	
<i>Data de início do tratamento atual:</i>	
<i>Drogas utilizadas:</i>	
ANEXAR RELATÓRIO SOCIAL E EXAME DE BK	
(EXAME DE CULTURA E TESTE DE SENSIBILIDADE SE REALIZADOS)	