   

Formulário para Priorização de Internação Cirúrgica

O Formulário deverá ser preenchido pelo (a) médico (a):

|  |
| --- |
| Eu MATHEUS HENRIQUE DE JESUS LIMA, médica, CPF 702.355.231-60\_\_,CRM nº\_31548\_\_pertencente ao corpo clínico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, da especialidade \_\_\_\_\_\_cardio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito priorização de realização da internação do paciente abaixo listado:  Nome do Cliente: HELIO MIGUEL MANSO  Prontuário: 5440367  Idade: 70 Nome da Mãe: MARIA MIGUEL DE JESUS  Data de Nascimento: 05/05/1954 Sexo: ( X ) F ( ) M CNS: 702307199275518  O referido paciente necessita de priorização de sua internação cirúrgica devido a seguinte condição clínica:    PCT PORTADOR DE INSUFICIENA MITRAL IMPORTANTE, INSUFICIENCIA TRICUSPIDE MACIÇA SECUNDARIA, ALEM DE ESTENOSE AORTICA BAIXO FLUXO E BAIXO GRADIENTE. NECESSITA DE TROCA VALVAR              que não permite aguardar a realização da cirurgia seguindo a ordem de classificação da Lista de Espera Cirúrgica (LEC) por ordem cronológica.  Goiânia, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do médico solicitante |