

<b>Tipo de documento</b>	<b>FICHA</b>
<b>Título do documento</b>	<b>SOLICITAÇÃO DE VAGA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA</b>

**ADULTO ( ) PEDIÁTRICA( ) NEONATAL( ) UCINCo( )**

**DATA DA SOLICITAÇÃO:** \_\_\_\_\_ **GRAU DE PRIORIDADE:** \_\_\_\_\_

**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **PRONTUÁRIO:** \_\_\_\_\_

**UNIDADE:** \_\_\_\_\_ **LEITO:** \_\_\_\_\_ **DATA DE ADMISSÃO NO HGRS:** \_\_\_\_\_

**IDADE:** \_\_\_\_\_ **PESO(PED/NEO):** \_\_\_\_\_ **SEXO:** ( ) F ( ) M

**ISOLAMENTO:** ( ) NÃO ( ) SIM **TIPO:** \_\_\_\_\_ **DIALÍTICO:** ( ) NÃO ( ) SIM

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **ESPECIALIDADE:** \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE:**

<b>Nível de consciência</b>	( ) Orientado	( ) Confuso	( ) Agitado	( ) Sonolento	( ) Não responde
	( ) Sedado	( ) Outro	Glasgow		
<b>Respiração</b>	FR _____ inc/min		SPO2 _____ %		( ) Espontânea
	Cateter nasal o2 _____ L/min		Marcara Venturi _____ %		( ) TOT
	( ) TQT	( ) Outros			
<b>Hemodinâmica</b>	PA _____ mmHg		FC _____ bpm	Drogas vasoativas	
<b>Exames</b>	Uréia: _____			Creatinina: _____	

**OUTRAS INFORMAÇÕES:** \_\_\_\_\_

**GRAU DE PRIORIDADE (RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016)**

PRIORIDADE	MARCAR UMA OPÇÃO
01 ( )	Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
02 ( )	Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
03 ( )	Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.
04 ( )	Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.
05 ( )	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.

Declaro que todas as informações citadas acima são verdadeiras. \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável / Carimbo

( ) Atendido ( ) Não atendido UNIDADE \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura enfermeira NIR: \_\_\_\_\_

**OBS.: É NECESSÁRIO ATUALIZAR DIARIAMENTE A SOLICITAÇÃO.**