

Tipo de documento	FICHA
Título do documento	SOLICITAÇÃO DE VAGA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CIRÚRGICA

DATA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO _____

ADULTO () PEDIÁTRICA() NEONATAL() UCINCO ()

DATA DA SOLICITAÇÃO: _____ **GRAU DE PRIORIDADE:** _____

NOME DO PACIENTE: _____ **PRONTUÁRIO:** _____

UNIDADE: _____ **LEITO:** _____ **DATA ADMISSÃO NO HGRS:** _____

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

ISOLAMENTO: () NÃO () SIM **TIPO:** _____ **DIALÍTICO:** () NÃO () SIM

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ **ESPECIALIDADE:** _____

PROCEDIMENTO PRETENDIDO: _____

ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE:

Nível de consciência	() Orientado	() Confuso	() Agitado	() Sonolento	() Não responde
	() Sedado	() Outro	Glasgow		
Respiração	FR _____ inc/min		SPO2 _____ %		() Espontânea
	Cateter nasal O2 _____ L/min		Máscara Venturi _____ %		() TOT
	() TQT	() Outros			
Hemodinâmica	PA _____ mmHg		FC _____ bpm	Drogas vasoativas	
Exames	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.