

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- ☐ CADASTRADO AIH ☐ CÓPIAS DE DOCUMENTOS
- ☐ NOTIFICADO COVID-19
- ☐ COLETA SWAB (ATE 07 DIAS DA DATA DO INICIO DOS PRIMEIOS SINTOMAS)

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: _____

Nº DO REGISTRO: _____

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

CONDIÇÕES DE ALTA:

1 () Decisão Médica

Data da Alta: ____/____/____

2 () SISREG/ TRANSFERIDO (A)/ ENCAMINHADO (A) PARA:

() HOSPITAL SÃO JOSÉ: ____/____/____

() HOSPITAL MUNICIPAL: ____/____/____

() HOSPITAL FRANCISCO MAGALHÃES: ____/____/____

() OUTROS _____ em ____/____/____

3 () EVASÃO, Sem autorização médica em ____/____/____

4 () ÓBITO, Data: ____/____/____ às _____h

5 () OUTROS: _____

Médico (a) responsável pela alta: _____

Enfermeiro (a) responsável pela Alta: _____

HEMODERIVADOS: () SIM () NÃO

CNS: _____

MUNICÍPIO DO CNS: _____

REGULAÇÃO DO ACESSO

DATA/CAD: _____ ID/SER: _____

SISREG/CAST: _____ SISREG/BELÉM: _____

RESERVA DE LEITO: _____ DATA/TRANSF: _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ |
| DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ |
| DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ |
| DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ | DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA: _____ |

() BANHO NO LEITO

() CURATIVO EXTENSO