

## 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 DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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