



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

GOVERNO DA PARAIBA
SUS- Sistema Único de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde
COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES
Um pacto de amor com a criança

AVISO DE CIRURGIA



**COMPLEXO
PEDIÁTRICO**
ARLINDA MARQUES

| | | | | | | |
|--|-------|----------------------|----------|---|-------|---|
| NOME: | | | | REGISTRO: | | |
| IDADE | SEXO: | COR: | CLINICA: | | ENF.: | LEITO: |
| | | | | | | |
| DATA: | | HORA: | | CIRURGIA: | | |
| DIAGNOSTICO | | | | GRUPO SANGUÍNEO: | | |
| CIRURGIÃO | | 1º ASSISTENTE | | ANESTESISTA | | TIPO ANESTESIA |
| APARELHOS ESPECIAIS : | | | | | | |
| SANGUE: 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO | | QUANTIDADE PREVISTA: | | RAIO X 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO | | BIÓPSIA DE 1 <input type="checkbox"/> SIM CONGELAÇÃO: 2 <input type="checkbox"/> NÃO |
| ASSINATURA DO CIRURGIÃO/ASSISTENTE: | | | | RECEBIMENTO NO CENTRO CIRURGICO-DATA/HORA: | | |

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA

SECRETARIA DE ESTADO DA PARAÍBA/ **Complexo de Pediatria Arlinda Marques**

Um pacto de amor com a criança

REQUISIÇÃO DE EXAMES

| | | | | | |
|----------------------|---------------------------------------|---------------|--|-----------------|----|
| Nº DO CADASTRO | 00014273 | Nº DO CPF/CGC | 08778268000241 | | |
| NOME DA UNIDADE | COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES | | | | |
| ENDEREÇO/Nº | RUA ALBERTO DE BRITO S/N | | | | |
| BAIRRO | JAGUARIBE | MUNICÍPIO | JOÃO PESSOA | UF | PB |
| PACIENTE: | | | IDENT: | | |
| ENDEREÇO: | | | IDADE: | | |
| BAIRRO: | | | ORIGEM: | CPAM -JAGUARIBE | |
| | | | | | |
| DADOS CLÍNICOS | | | ESPEC. MED. REQUISITANTE | | |
| MATERIAL A EXAMINAR | | | AMBULAT. () ENFERM. () HOSPITAL () LEITO | | |
| DATA: | | | | | |
| CARIMBO E ASSINATURA | | | | | |

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Unidade de Saúde onde se realiza o procedimento: _____

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Identificação do Responsável: *(No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).*

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o médico supracitado e os demais médicos vinculados à minha assistência, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): _____

Os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e alternativas possíveis, e tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais. Sei também que poderá ser necessária transfusão de sangue, sobre a qual fui devidamente informado dos riscos, ficando desde já pré-autorizada.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessária aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiológista. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, conforme Consentimento Livre e Esclarecido específico já assinado.

Estou ciente que poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia, complicações cardiovasculares e respiratórias, sangramentos, infecções, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário, para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, ou que foi explicado pra mim, tendo sido explicado pelo meu médico assistente e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação. Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

_____, às _____ horas e _____ minutos.

(Local) _____

1ª via: Médico responsável | 2ª via: Hospital (entregar na internação) | 3ª via: Paciente

Assinatura do paciente ou responsável

Carimbo e assinatura do Médico responsável

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado “Não Obtido”: Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

Médico solicitante: _____ CRM nº: _____

Assinatura

Assinatura do paciente ou responsável

as ____ horas e ____ minutos.

19307

Revogação deste consentimento:



| | |
|--------------|-----|
| Medicamento | [] |
| Equipamento | [] |
| Procedimento | [] |

Solicitação de Insumos não Padronizados

| | | |
|----------------------|--------------|----------------|
| Demanda Judicial [] | Urgência [] | Emergência [] |
|----------------------|--------------|----------------|

Paciente: _____ Prontuário: _____

Clínica: _____ Leito: _____

1. Medicamento Solicitado: _____
 - a) Nome Comercial: _____
 - b) Nome genérico: _____
 - c) Concentração: _____
 - d) Forma Farmacêutica: _____
 - e) Posologia: _____

2. Equipamento;

3. Procedimento:

4. Justificativa Médica

5. Avaliação Farmacêutica

6. Parecer da Direção Técnica

Médico Solicitante
(Assinatura/Carimbo)

Farmacêutico
(Assinatura/Carimbo)

Diretor Técnico
(Assinatura/Carimbo)



| | |
|--------------|-----|
| Medicamento | [] |
| Equipamento | [] |
| Procedimento | [] |

Solicitação de Insumos não Padronizados

| | | |
|----------------------|--------------|----------------|
| Demanda Judicial [] | Urgência [] | Emergência [] |
|----------------------|--------------|----------------|

Paciente: _____ Prontuário: _____

Clínica: _____ Leito: _____

1. Medicamento Solicitado: _____
 - a) Nome Comercial: _____
 - b) Nome genérico: _____
 - c) Concentração: _____
 - d) Forma Farmacêutica: _____
 - e) Posologia: _____

2. Equipamento;

3. Procedimento:

4. Justificativa Médica

5. Avaliação Farmacêutica

6. Parecer da Direção Técnica

Médico Solicitante
(Assinatura/Carimbo)

Farmacêutico
(Assinatura/Carimbo)

Diretor Técnico
(Assinatura/Carimbo)