



Formulário de Contingência - Sistema Estadual de Regulação
CIRURGIA CARDÍACA



Dados do Paciente

Nome:			
CNS:		Dt. de Nascimento:	
CPF:		Mãe:	
Endereço:			
Bairro:		Município:	
Estado:		Telefone:	

Identificação do Solicitante

Unidade Solicitante:	
Usuário Solicitante:	
Médico:	
Especialidade:	

Características da Solicitação

Carater da Internação:	Urgência
Tipo de Internação:	
Procedimento:	
Especialidade Clínica:	
Diagnóstico Primário:	
Tipo de Leito:	

Dados Clínicos

Data da Solicitação:		Peso (g):	
Assist. Respiratória:	☐ Sim ☐ Não	Tipo de Assistência:	
Parâmetros da Assistência:			
Ibuprofeno ou Indometacina:	☐ Sim ☐ Não	Quantos Ciclos?:	

Antibiótico:	☐ Sim ☐ Não	Qual?:	
Últimos Exames:			
Prostin:	☐ Sim ☐ Não	Dose: (mcg/kg/min)	
Outras medicações?:	☐ Sim ☐ Não	Qual?:	
Anomalias Associadas:	☐ Sim ☐ Não	Quais Anomalias?:	
Cirurgias Cardíacas prévias:	☐ Sim ☐ Não	Quais e quando?:	
Diagnóstico Pré-natal:	☐ Sim ☐ Não	Qual?:	

Dados Adicionais

**Informações
Complementares:**

Após o preenchimento de todos os dados, lembre-se de salvar o formulário da seguinte maneira:

Arquivo >> Salvar Como >> Escolha a Pasta/Local para salvar o Arquivo

>> Inserir o nome completo do paciente em Nome do Arquivo >> Salvar.

Após salvar o arquivo, enviar o mesmo para o email ses.regulacao@gmail.com, juntamente com arquivos pertinentes ao processo de regulação do paciente.

