

Dados do Paciente

Nome:

CNS: Dt. de Nascimento: Sexo:

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 Gestacionais

Tipo de Paciente:

Tipo de risco:

Gesta: Para: Abortos:

Idade Gestacional (semanas): Idade Gestacional (dias):

DUM conhecida?: ☐ Sim ☐ Não DUM:

Data da USG

conhecida?:

☐ Sim

☐ Não

Data USG:

Houve Pré-Natal:

☐ Sim

☐ Não

Qtde. Consultas:

Houve amniorrexe?:

Em trabalho de parto?:

☐ Sim

☐ Não

Pressão Arterial

Sistólica (mmHg):

Pressão Arterial

Diastólica (mmHg):

Exames Complementares

USG:

☐ Sim

☐ Não

Observação USG:

Doppler:

☐ Sim

☐ Não

Observação Doppler:

CTG:

☐ Sim

☐ Não

Observação CTG:

Sangue:

Urina:

Tratamento em Curso

Tocolítico?:

☐ Sim

☐ Não

Via de administração do Tocolítico:

Qual Tocolítico?:

Anti-hipertensivo?:

☐ Sim

☐ Não

Via de admin do Anti-hipertensivo:

Tipo de tratamento

Qual anti-hipertensivo?:

Sulfato de Magnésio?:

☐ Sim

☐ Não

Antibiótico?:

☐ Sim

☐ Não

Qual e quantos dias?:

Corticóide?:

☐ Sim

☐ Não

Qual Corticóide?:

Quantas doses de Corticóide

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.

