

Internação Inicial

Nome Beneficiário:

Nome/Código Prestador:

Nº Autorização Internação:

Data da Admissão:

Previsão de Alta

☐ Sim

☐ Não

Data Alta Prevista:

Tipo de Internação Inicial: Clínica

☐ Cirúrgica

☐ Eletiva

☐ Urgência/Emergência

☐ Hospital dia

Solicitação de Prorrogação

Período a ser Prorrogado:

Inicial:

Final:

☐ Alta
melhorada

☐ Óbito

☐ Alta
a Pedido

☐ Transferência

☐ Alta
Domiciliar

☐ Evasão

Data Alta:

Diagnostico Inicial (Cid):

Diagnostico Final (Cid):

Tipo de Acomodação a Prorrogar:

☐ Apartamento

☐ Enfermaria

☐ UTI

☐ Semi UTI

☐ UTI NEO

☐ Hospital Dia

Justificativa com quadro clínico e conduta médica para o período solicitado:

Acesso:

☐ AVP

☐ AVC

Paliativo:

☐ Sim

☐ Não

Acamado:

☐ Sim

☐ Não

Oxygenoterapia:

☐ Sim

☐ Não

☐ CN

☐ VNI

☐ TOT/TQT

☐ VM

Drogas Vasoativas:

☐ Sim

☐ Não

Descrever:

Antibioticoterapia:

☐ Sim

☐ Não

Alimentação:

Início:

Final:

☐ Oral

☐ SNE

☐ GTT

☐ Parenteral

Identificação/Assinatura Médica e CRM

Data