

Formulário de solicitação de Prorrogação

Identificação

Nome do Beneficiário: _____

Matrícula do Beneficiário: _____

Data da Internação: _____

Horário da Internação: _____

Senha da Internação: _____

Período da prorrogação (data): _____

até

Possibilidade de alta: () Não () Sim. Quando: _____

Dados Clínicos

Acomodação	Condição Clínica	Consciência
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Isolamento <input type="checkbox"/> UTI Geral <input type="checkbox"/> UTI Ped <input type="checkbox"/> UTI Neo <input type="checkbox"/> UTI Cor <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Dispneia Intensa <input type="checkbox"/> Hipertermia Recente <input type="checkbox"/> Dores Intensas (opioides) <input type="checkbox"/> Grande Queimado <input type="checkbox"/> Compensação Clínica <input type="checkbox"/> Instabilidade Hemodinâmica/Respiratória/Neurológica <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Sob Sedação <input type="checkbox"/> Outros: _____

Oxigenioterapia	Monitorização
<input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> O2 Máscara <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BPAP <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Sem monitorização <input type="checkbox"/> Com monitorização <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Swan-Gazn <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> Outros: _____

Medicação	Acessos	Dieta
<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> EV	<input type="checkbox"/> IV Periférica <input type="checkbox"/> IV Central <input type="checkbox"/> Bomba PCA <input type="checkbox"/> Flebotomia <input type="checkbox"/> Cateter Químico <input type="checkbox"/> Cateter Diálise <input type="checkbox"/> Cateter Peridural	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Dieta para idade <input type="checkbox"/> Dieta especial <input type="checkbox"/> Com Suplemento <input type="checkbox"/> Enteral: SNG/SNE <input type="checkbox"/> Parenteral Total

Procedimentos Realizados

<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Gastrostomia
<input type="checkbox"/> Ostomias - Descrever: _____ <input type="checkbox"/> Escaras (localização e grau) _____ <input type="checkbox"/> Utilização de OPME _____ <input type="checkbox"/> Utilização de medicação de alta complexidade _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____			

Evolução Clínica; indicação da prorrogação e Plano terapêutico:

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____

Data: _____