

SOLICITAÇÃO DE VAGA ZERO

DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE

AP Solicitante: _____

CNES da unidade: _____

Nome da unidade: _____

Data da Solicitação: ___/___/___

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente:

Data de Nascimento: /___/___

Possui CPF?

() Sim () Não

CPF/DNV

Sexo:

() Masculino () Feminino

Idade:

Classificação de Risco:

() Emergência () Urgência

Tipo de Ambulância:

() Básica () Avançada

Tipo de Urgência:

() Cirurgia Vascular () Cirurgia Ortopédica () Neurocirurgia

() Cirúrgica Geral () Cirúrgica Oftalmológica () Urologia

() Clínica () Clínica – SRAG () Psiquiátrica

() Imagem () Otorrino () Ginecologia

() Diálise Peritoneal Internado – Falha de Acesso

Há médico (a) na sua unidade?

Sim Não

Profissional Solicitante:

Médico Outro

Nome do Profissional:

Número do conselho profissional:

CID/Diagnóstico:

PA (mmHg):

FC (bpm):

FR (irpm):

TEMP (Cº):

GLASGOW

PESO (kg)

VENTILAÇÃO

TESTE DE ANTIGENO PARA COVID NA DATA DE HOJE?

Sim Não Sem Informação

HISTÓRICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

OBSERVAÇÕES DA SOLICITAÇÃO:
