**HOSPITAL DE CARIDADE DR. ASTROGILDO DE AZEVEDO**

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA**

Paciente: ……………………………………………… DN: ..………….. Idade: …….. Sexo ( ) F ( ) M

CPF: …………………...……………. Convênio: ……………………………….Fone: ……………….

**Caráter da Internação: ( ) Eletiva ( ) Urgência/emergência**

Unidade: ( ) Clínica Médica (……………..….. ) ( ) Obstétrica ( )Pediátrica ( ) Emergência (PS)

( ) UTI-Geral ( ) U-COR ( ) UTI-Neuro ( ) UTI-Cirúrgica ( ) UTI-Ped ( ) UTI-Neo

Leito Reservado: ( ) Não ( ) Sim Leito …………….

Anamnese e exame físico: …………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………...……

……………………………………………………………………………………………………...……

Hipótese Diagnóstica:

………………………………………………………………………………………CID: ……………….…….

………………………………………………………………………………………CID: ……………………..

………………………………………………………………………………………CID: ……………………..

**Solicitar na Internação:**

Labimed

Banco de Sangue

Digestiv

Endoscopia Alcides Brum

Endoscopia Caridade

Dix

Imax

Medicina Nuclear

Cardiodiagnóstico

Hemocor

Icor

IRV

Conduta Terapêutica: (**OBS.: Incluir dieta, fisioterapia, medicamentos, cuidados especiais etc.)**

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Assinatura e Carimbo Médico Solicitante Cremers