

**ENCAMINHAMENTO PARA TERAPIA INJETÁVEL**CÓDIGO/VERSÃO/REVISÃO
FOR.007.ASS.MED.UNI
V.01 R.00 14/08/2023

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

ÁREA: MÉDICO

PÁGINA: 1 de 1

ENCAMINHAMENTO PARA TERAPIA INJETÁVEL**DADOS DO PACIENTE**

Origem: () Domicílio () Hospital		Hospital de origem:	
Convênio: () Unimed Fortaleza () Outras Unimed			
Unidade de Internação:		Tel. Da Unidade:	Leito:
Nº Carteira:			
Nome:			
Data de nascimento:		Sexo:	
Endereço:			Complemento:
Bairro:		Fone(Res.):	Cel.:
Ponto de Referência:		Município:	
Responsável:	Fone(Res.):	Cel.:	

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

CID Principal:	
Relatório de alta:	
Comorbidades: () DM () HAS () AVC prévio () Hemi/paraplegia () Neoplasia () Doença Vascular Periférica () Demência () IRC () Hepatopatia () Síndrome Coronariana Aguda () Outros: <input type="text"/>	
Alergias: () NÃO () SIM, Qual: <input type="text"/>	

Deambulação: () SIM () Com auxílio () NÃO	
Cateter Venoso: () Não () Sim, Se sim: () Port a Cath () CVC () Cateter para Hipodermóclise () PICC, cateter já instalado? () SIM () NÃO	
Indicação de Administração: () Uma vez ao dia () Mais de uma vez ao dia () Não se aplica	
Característica do Medicamento: () Possui alta toxicidade () Possui risco de evento adverso grave se administrado fora de ambiente hospitalar () Não possui risco de graves eventos	
Previsão de alta: () Próximas 24h () Sem previsão	

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS PRESCRITOS

Medicamento/Dose	Diluição	Posologia	Via	Vazão/Gotejamento	Início	Duração (dias)

HISTÓRICO DE ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS 120 DIAS

Antimicrobiano				Via	Mês Utilizado	Duração (tratamento em dias)
Droga	Dose	Frequência	Diluição			

PRINCIPAIS EXAMES COMPLEMENTARES

Hb:	Ht:	Leuc:	Neutr seg.	Linf.	Monócito:
Eosinófilos:	Basófilos:	Plaquetas:	PCR:	SU:	Urinocultura:
Cultura positiva anterior: () NÃO () SIM, Topografia/Microorganismo:					Data:
Outros:					

Campo Reservado ao Médico Solicitante (Nome completo e CRM/RQE)