



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI

LAUDO PARA TRANSPORTE EM UTI

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino Peso: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Localização do Paciente: _____ Leito/Box: _____

DADOS CLÍNICOS:

Indicação de UTI: Adulto Pediátrica Neonatal

Diagnóstico principal inicial:

CID: _____ CÓD. PROCEDIMENTO: _____

Principais sinais e sintomas clínicos que justificam a internação: _____

Quadro Neurológico:

Escala de Glasgow: _____ Pupilas: _____ Acesso venoso: ausente scalp abocath

Quadro Respiratório:

FR: _____ Cianose: _____ Uso de suporte ventilatório (tipo): _____ FiO₂ (%): _____

Gasometria: pH: _____ paO₂: _____ paCO₂: _____ HCO₃: _____ BE: _____ Sat (%): _____

Quadro Hemodinâmico:

PA: _____ FC: _____ Perfusão periférica: _____ Uso de drogas vasoativas (tipo e dose): _____

Quadro Renal: Diurese: _____ (ml/kg/h ou ml/h).

Exames Complementares: Ur: _____ Cr: _____ Na: _____ K: _____ Glicemia: _____ Ca: _____ Mg: _____ Amilase: _____ TGO: _____

TGP: _____ Bb direta: _____ Bb ind: _____ Gama GT: _____ CK: _____ CKMB: _____ Hb: _____ Ht: _____ Leucócitos: _____

Plaquetas: _____ PCR: _____ TP/RNI: / _____ TTPA/R: / _____ Urina: _____ ECG: _____

Exames de imagem? Qual(is) os resultados: _____

OBSTETRÍCIA: Idade gestacional: _____ semanas - Gravidez anterior: _____ Aborto: _____

Tipo de parto prévio: _____ Sangramento: _____

ORTOPEDIA: Data do acontecimento: ____/____/____

Região afetada: Contusão Entorse Fratura N° de fratura: _____

Prescrição sucinta (medicamentos, doses, tempo de uso):

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Nome: _____ Telefone p/ Contato: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

PROFISSIONAL REGULADOR:

Assinatura e Carimbo

Nome: _____

DEFERIDO INDEFERIDO

Assinatura e Carimbo

Data: ____/____/____ Hora: _____