



DATA ____/____/____ Hora ____:____ Registro ____ Autorização ____

Solicitação de Internação do Paciente com Tuberculose / Sida

Diagnóstico: Tuberculose () Tuberculose + Sida () Sida ()

Data da Solicitação: ____/____/____ **Hora:** ____

Identificação do Paciente:

Nome: _____

Sexo: () F= fem., M = masc. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Dados do Solicitante Tel: _____

Unidade: _____

Secretaria Municipal de Saúde de _____

Médico Responsável pela solicitação: _____

CRM: _____ Nome e Carimbo: _____

Quadro Clínico _____

Início dos sintomas há _____

Diagnóstico: () Clínico () Radiológico () Microbiológico

Especificar material e resultados e enviar por fax

Quadro Clínico Respiratório: Necessidade de Suporte de Oxigênio () Sim () Não

Oxigênio por cateter () Oxigênio por macronebulização () PO 2= _____ Sat O 2= _____

BAAR do Escarro - Data: ____/____/____ Local: _____

() Positivo () Negativo () Não realizado

Complicações: () Derrame pleural () Pneumotórax () Hemoptise () Outros _____

Cultura para BK Data: ____/____/____

() Positiva (informar identificação, teste de sensibilidade e presença de multiresistência): _____

() Negativa () Em andamento () Não realizada

Comorbidades: () Hipertensão arterial () DPOC () Infecção respiratória () Doença hepática

() Doença hematológica () Doença renal () Doença cardíaca () Diabetes mellitus

Outros: _____

Medicações em uso: _____

Sorologia para HIV- Data: _____ () Positiva () Negativa () Em andamento

Doença Neurológica () TC de Crânio () Sim - Laudo: _____

() Não

Médico Regulador

Nome: _____ CRM: _____

Unidade destino: _____

Contado da Unidade: _____ Tel: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Regulação

DATA ____/____/____ Hora: ____:____

Carimbo

() Desistência por: _____

() Óbito

() Ocupação de leito () Autorizado () Não Autorizado

() Transferência para: _____