



COMPLEXO HOSPITALAR 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 () UCOR () 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
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

