

**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						
<b>DADOS DO PACIENTE</b>						
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.:	
<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b>						
CID Principal:						
Relatório de alta:						
<b>Comorbidades:</b> ( ) 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						
<b>Indicação de Administração:</b> ( ) Uma vez ao dia ( ) Mais de uma vez ao dia ( ) Não se aplica						
<b>Característica do Medicamento:</b> ( ) 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						
<b>MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS PRESCRITOS</b>						
Medicamento/Dose	Diluição	Posologia	Via	Vazão/Gotejamento	Início	Duração (dias)
<b>HISTÓRICO DE ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS 120 DIAS</b>						
Antimicrobiano				Via	Mês Utilizado	Duração (tratamento em dias)
Droga	Dose	Frequência	Diluição			
<b>PRINCIPAIS EXAMES COMPLEMENTARES</b>						
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)  _____						

Utilizaremos os dados pessoais informados nesse termo para atender a sua solicitação. Faremos isso de forma segura e respeitando sua privacidade. Para mais informações, acesse nossa política de privacidade: <https://www.unimedfortaleza.com.br/politica-de-privacidade>.