

Necessário preencher todos os campos em letra legível com esferográfica preta

FICHA DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE TAUBATÉ - DRS XVII
TEL. (12) 3621-4518 - FAX (12) 3621-9903

Nº FICHA

1 - INSTITUIÇÃO SOLICITANTE	2 - RECURSO SOLICITADO/ESPECIALIDADE	4 - DIA	5 - HORA
6 - CONTATO: TEL/FAX	7 - DIAGNÓSTICO	8 - CID 10	

9 - JUSTIFICATIVA DO PEDIDO:

10 - NOME DO PACIENTE:	11 - IDADE	12 - SEXO	13 - MUNICÍPIO RESID.
------------------------	------------	-----------	-----------------------

14 - ENTRADA DO PACIENTE NA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE	DIA	HORA
---	-----	------

15 - SINTOMAS/SINAIS CLÍNICOS QUE JUSTIFICAM O DIAGNÓSTICO, A URGÊNCIA E O RECURSO PEDIDO

16 - PRES. ARTERIAL	17 - FC	18 - FR	19 - E. C. CLASGOW	20 - VENTILAÇÃO	21 - ESTABIL. HEMOD.
				ESPONT.	MECÂNICA
				SIM	NÃO

22 - RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES QUE JUSTIFICAM O DIAGNÓSTICO E/OU RECURSO

23 - NOME DO MÉDICO SOLICITANTE	24 - ASSINATURA	25 - Nº CRM
---------------------------------	-----------------	-------------

RESPOSTA DO SERVIÇO CONTACTADO PELO PLANTÃO CONTROLADOR

1 - NOME DO SERVIÇO CONTACTADO:			
2 - CASO ACEITO:	3 - MOTIVO DA RECUSA:	4 - DATA:	5 - HORA:
SIM	NÃO		
6 - NOME DO MÉDICO CONTACTADO:	7 - ASSINATURA / CARIMBO	8 - Nº CRM	

RESPOSTA / ORIENTAÇÃO DO PLANTÃO CONTROLADOR AO SOLICITANTE

ASSINATURA E CRM / CARIMBO DO MÉDICO	DATA	HORA
--------------------------------------	------	------