



Orientações: Preencher todos os campos obrigatórios, conforme instruções abaixo. **Não serão aceitos nem cadastrados arquivos fora do padrão, incompletos ou desconfigurados.** Verificar o preenchimento antes do envio, para evitar devoluções. Para acessar instruções de cada campo, clicar neles uma vez com o cursor. Ressalta-se que pode ser realizada a impressão, preenchimento e digitalização para envio.

Instruções de preenchimento:

	Obrigatório para todas solicitações (caso não preenchido, será devolvido)
	Exclusivo em caso de trânsito/transferência p/ o município de Maceió Condicionado a outras células (verificar obrigatoriedade em cada campo)
	Exclusivo de uso da Central de Regulação

**DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE**

Hospital / Clínica:		Tel. c/ DDD:	
Cidade:		UF:	
Tipo de Solicitação:			
Data Inicial do trânsito:	Data final do trânsito:	Total de dias:	
E-mail:			

**DADOS DO PACIENTE**

Nome do paciente:							
Nome da mãe:							
Nasc.:	Idade:	Peso:	Tel. Do paciente:				
CPF:	Sexo:	N.º SUS:					
End. de residência:	N.º:			CEP:			
Bairro:	Cidade:	Estado:					
End. de destino:	N.º:			CEP:			
Bairro:	Cidade:	Estado:		AL			

**RESUMO CLÍNICO**

Diagnóstico de Base:					CID 10:	
Tipo de tratamento:						
Patologias Associadas:						
Realizou Transplante renal?	Se sim, informar a data:	TX feito há:				
Modalidade Solicitada:	Acesso:					
Modalidade anterior (já em tto pelo SUS em AL, p/ mudança de tratamento)						
Sangramentos:	Condições hemodinâmicas:		PA:			
Uréia:	Creatinina:	Potássio:	Glicemia:	Clearance:		
Sorologias:	HbsAg:	Anti-HBs:	Anti-HBc:	HIV:	HCV:	
Médico Responsável:					CRM:	

**CONCLUSÃO (uso exclusivo da Central de Regulação, favor não preencher)**

Solicitação:	Data da resolução:	Código TRS:	
Causa Cancelamento:	Prontuário TRS:		
DATA de triagem:			
Autorização para Unidade:			
Médico Autorizador:	CRM:		