



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:	