

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
	Condicional 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: \_\_\_\_\_ dia(s)  
 E-mail: \_\_\_\_\_

### DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Nasc: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tel. do paciente: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nº SUS: \_\_\_\_\_  
 End. residência: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 End. destino: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ ano(s)  
 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:



