

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: UFA Hambourant

2 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

4 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Mrs. Tereza de Faria

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

8 - DATA DE NASCIMENTO: 16/06/44

9 - SEXO: Masc. F.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD [] [] Nº DC [] [] [] [] [] []

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

15 - UF: [] []

16 - CEP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
 Paciente de 70 anos, com dor precordial de início súbito, com duração de 25 min, agravada a palpitações e leve dispnéia. Não responde para. Com curvas ecg com 2 arritmias com prior em outros dias. Relata curvas ecg normais no período. Hx de angiotonia, há 2 anos com a instalação de pontagem EC-HAS. No momento arterial hipertensivamente com 170/110 mmHg. com respiração espontânea sem o suporte de O₂. Solicita alta de alta de UTI pl o TIO de IC descompensada e sempre instável.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
 (Cód. de UTI pois o pct é uma clínica pública fazo de Deus)

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
 ECG desceado + H/4 / PA: 122 x 66 mmHg / Glasgow: 15 / ECG-Ritmo sinusal.
 H: 110F um lit / FC: 64 bpm / SPO₂: 94% em AA / - 5AU de 1º grau
 H: 27,5 g/dl / Fd: 39 i/gm / Crk: 6,3/CK-MB: 8,17U

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: IC descompensada

21 - CID 10 PRINCIPAL: I50-9

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: internação hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 013 | 03 | 06 | 01 | 1 | 1

26 - CLÍNICA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

28 - DOCUMENTO () CNS (X) GPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 0121.5881.861-714

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Marcos A. S. Lins

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/09/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Marcos A. S. Lins Médico CRM-GO 19691

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

37 - Nº DO BILHETE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

38 - SÉRIE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

39 - CNPJ EMPRESA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

40 - CNAE DA EMPRESA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

41 - CBOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
 () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []