

Dia: ____ / ____ / ____

Hora: ____ : ____

Assinatura: _____

FORMULÁRIO DE RESERVA DE LEITO - UTI (VAGA DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA)

ORIENTAÇÕES:

1. A solicitação de reserva de leito da UTI- HUB é feita mediante o preenchimento deste formulário com no mínimo 48 horas de antecedência, exceto em casos de emergência.
- 2. Em casos de cancelamento da reserva, favor informar imediatamente à Unidade de Gestão de Leitos, no ramal 5518 ou no celular: 9528 0175.**

Data da Solicitação: ____ / ____ / ____ Horário: _____

Nome do Paciente: _____

Nº Registro: _____ Especialidade: _____

Diagnóstico: _____

Médico solicitante (assinatura/ carimbo/CRM): _____

Telefone para Contato (médico): _____

Procedimento cirúrgico a ser realizado: _____

Data Programada para internação na UTI: ____ / ____ / ____

Justificativa para reserva de leito de UTI: _____

_____OBSERVAÇÕES: (Descrição do quadro clínico, detalhado):

NECESSIDADES E CONDIÇÕES ESPECIAIS DE LEITO/ INTERNAÇÃO: (Preenchimento obrigatório)

Ventilação Mecânica: Sim () Não () Suporte Dialítico: Sim () Não ()Isolamento: Sim () Não () Oxigentoterapia: Sim () Não ()Ar comprimido: Sim () Não ()**Confirmação do leito** (preenchimento pela Gestão de Leitos): _____

Reserva de Leito confirmada ao (a) médico (a) _____,
Por: () Telefone () SMS () E-mail () Pessoalmente () Whats App no
dia ____ / ____ / ____ às ____ horas.