

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 ( )

Oxigenoterapia: 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.**