

TERAPIA INTENSIVA ADULTO – SOLICITAÇÃO

ESTE QUADRO É DE USO EXCLUSIVO DA CER

DATA ____/____/____ HORA ____:____ REGISTRO _____ AUTORIZAÇÃO _____

UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____ MUNICÍPIO: _____

MÉDICO: _____ CRM _____ REFERÊNCIA PARA CONTATO: _____ TEL: _____ CEL: _____

NOME DO PACIENTE: _____

SEXO: _____ IDADE: _____ () POTENCIAL DOADOR DE TECIDOS E ÓRGÃOS

EM USO DE:

- () Ventilação Mecânica Invasiva
() Aminas Vasoativas (Dopamina, Noradrenalina, Adrenalina ou Vasopressina)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ALTERAÇÕES CLÍNICAS

- () Alteração da consciência mantida após correção de hipotensão, disfunção respiratória ou hipoglicemia
() Crise convulsiva mantida após tratamento medicamentoso inicial
() Déficit súbito de força em um ou mais membros
() Febre associada à rigidez de nuca
() Cefaleia intensa súbita seguida de déficit neurológico qualquer
() Infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST
() Infarto agudo do miocárdio com complicação mecânica (Comunicação interventricular, Insuficiência mitral aguda, Tamponamento)
() Dissecção Aguda da Aorta
- () Tromboembolismo Pulmonar com Instabilidade Hemodinâmica/Ventilatória
() Taquicardia Ventricular com Instabilidade Hemodinâmica
() Ressuscitação de Parada cardio-respiratória em Fibrilação ventricular
() Sepsis grave / Choque séptico
() Politraumatismo
() Complicações relacionadas à Gravidez / Parto / Puerpério
() Outro: _____

EXAME CLÍNICO:

FC (bpm)	<40	41-60	51-100	101-110	111-120	>120
	()	()	()	()	()	()
FR (rpm)	<0		0-14	15-20	21-29	>30
	()		()	()	()	()
PA sistólica (mmHg)	<70	71-80	81-100	101-199		>200
	()	()	()	()		()
Nível de consciência			Alerta	Confuso	Resposta à dor	Inconsciência
			()	()	()	()
Temperatura (°C)	<35		35,1-37,8			>37,8
	()		()			()

CO-EXISTÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS

- () Diabetes Mellitus
() Doença Renal Crônica
() Hipertensão Arterial
() DPOC
() Doença Hematológica
() Doença Cardiovascular
() Doença Gástrica
() Doença Auto Imune
() Doença Infecciosa
() Indicação Para Palição
() Outras _____

EXAMES COMPLEMENTARES

HB: _____ HT: _____ LEUCOGRAMA: _____ PLAQUETAS: _____ GLICEMIA: _____

CREATININA: _____ URÉIA: _____ ELETRÓLITOS: _____ RX TÓRAX: _____

GASOMETRIA ARTERIAL: _____ TOMOGRAFIA: _____

ECG: _____ LACTATO: _____ TROPONINA: _____ CKMB: _____

REGULAÇÃO

DATA ____/____/____ HORA ____:____

() DESISTÊNCIA POR _____ () ÓBITO _____

() TRANSFERÊNCIA PARA _____ OCUPAÇÃO DE LEITO: () AUTORIZADA () NÃO AUTORIZADA