hrim
FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA MATERIAIS E/OU PROCEDIMENTOS

1. Nome do paciente: CPF.:

2. Data de nascimento: _____/_____/_____ | 3. Telefone(s):

4. Convênio: ☐ _____ ☐SUS ☐Particular

5. Nº da carteirinha do convênio:

6. Tipo de acomodação: ☐Apartamento ☐Enfermaria ☐Ambulatorial ☐Hospital dia

7. Tipo de procedimento: ☐Eletivo ☐Urgência

8. Data prevista da internação: _____/_____/_____ | 9. Horário de internação: _____:_____

10. Data do procedimento: _____/_____/_____ | 11. Horário do procedimento: _____:_____

12. Diagnóstico: | 13. CID:

14. Lateralidade: ☐ Direito ☐Esquerdo ☐Bilateral ☐Não se aplica

15. Relatório Médico / Justificativa: _____

16. Procedimento(s) cirúrgico(s)	**17. Código do(s) procedimento(s)**
1	
2	
3	
4	

18. Tempo previsto de internação: | 19. Tempo previsto de cirurgia: _____:_____

20. Médico anestesista: ☐Da casa ☐Equipe: _____

21. Serviços Extras: ☐Raio X ☐Vídeo ☐Congelação ☐UTI ☐Banco de Sangue: _____

22. Equipamentos: ☐Ureteroscópio Flexível ☐Ureteroscópio Longo ☐Ureteroscópio Curto

☐Camisa 21 ☐Calcuson/ calcuspit ☐Laser/ litotridor/ gerador ultrassônico ☐Fonte de luz

☐Fibra ótica ☐Insuflador CO_2 ☐Arco cirúrgico ☐Vídeo diagnóstico

☐Vídeo cirúrgico ☐Nefroscópio ☐Cistoscópio 4mm ☐Cistoscópio 10mm

☐Brigbee ☐Probe ☐Outros: _____

23. Materiais Especiais:

Descrição	Fabricante/Fornecedor **(3 opções)**			Quantidade

Médico solicitante: _____ **Data:** ____/____/_____

(Assinatura e carimbo)