

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CÓD. IBGE	18 - UF	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

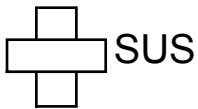
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SINAIS/ SINTOMAS

Alteração de Consciência: () Sim () Não

Febre: _____

Desnutrição: Grau _____

Desidratação: () Sim () Não () Ignorado

DADOS VITAIS

Pulso: _____

Pressão Arterial: _____

F. Respiratória: _____

F. Cardíaca: _____

MEDICAMENTOS EM USO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

EXAMES CLÍNICOS

Exame Circulatório: _____

Outros achados (Exames Físicos): _____

Exames aparelho Respiratório: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

Ex: Lab. (Urina, Rotina, Hemograma) _____

Idade Gestacional: _____

Mau Formação: _____

Ultrassom () Sim () Não () Ignorado: _____

Outros Exames: _____

Radiografias: _____

EXAME OBSTÉTRICO

Dinâmica Uterina: _____

Dilatação de colo: _____

Rotura de Membrana: () Sim () Não

Apagamento: _____

Altura da apresentação: _____

Posição do Colo: _____