



FICHA DE REGULAÇÃO DE LEITO PSQUIÁTRICO (CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO - CMR)

I- PACIENTE/UNIDADE SOLICITANTE (U.S.): DATA: ___/___/___ HORA: _____

NOME:

IDADE:

SEXO:

FEMININO

MASCULINO

UNIDADE SOLICITANTE:

TELEFONE:

N.º FICHA REGULAÇÃO:

SOLICITANTE:

INSERIDO NO SERVIÇO:

SIM

NÃO

CONTATO(S) / HORA (PARA USO DA CMR):

II- CARACTERÍSTICAS DO CASO (EM LETRA LEGÍVEL):

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (CID-X):

COMORBIDADES:

CONDUTAS EFETUADAS NO PRONTO-SOCORRO / INFORMAÇÕES PERTINENTES AO CASO:

RESULTADO DESEJADO COM INTERNAÇÃO:

MEDICAÇÕES EM USO:

III- EVOLUÇÃO NA CMR (PARA USO DA REGULAÇÃO)

AValiação DA REGULAÇÃO: PERTINENTE NÃO PERTINENTE / ORIENTAÇÃO:

UNIDADE EXECUTANTE:

DATA DA INTERNAÇÃO / CIRURGIA:

TRANSPORTE PELO SAMU:

SIM

NÃO

HORA:

QUEM?

MÉDICO QUE ACEITOU O CASO / OBSERVAÇÕES:

SENHA:

ENCERRAMENTO DA REGULAÇÃO: HORA / OBSERVAÇÕES:

CARIMBO DO REGULADOR:

CASO COMPATÍVEL COM OS DADOS ENVIADOS?

INCONFORMIDADES: