



FICHA DE REGULAÇÃO DE TRAUMA ORTOPÉDICO ELETIVO (CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO - CMR)

I- PACIENTE/UNIDADE SOLICITANTE:

DATA: ___/___/___ HORA: _____

NOME:

IDADE:

SEXO:

FEMININO

MASCULINO

UNIDADE SOLICITANTE:

TELEFONE:

N.º FICHA REGULAÇÃO:

INTERNADO (A) HÁ:

MÉDICO SOLICITANTE:

CRM:

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

II- CARACTERÍSTICAS DO CASO (EM LETRA LEGÍVEL):

DESCREVA A(S) FRATURA(S) E CONDIÇÕES DE PARTES MOLES:

DIA DO TRAUMA:

DATA DA CIRURGIA:

COMORBIDADES:

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

Não são passíveis de regulação: traumas de coluna e pelve, fraturas expostas (na urgência), pacientes instáveis (hemodinâmico e neurológico), casos crônicos.

Exames necessários a serem enviados junto ao paciente, quando da transferência: hemograma, glicemia, creatinina, coagulograma. Para maiores de 40 anos, pneumopatas ou cardiopatas: Rx tórax, eletrocardiograma.

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

TRAÇÃO:

SIM

NÃO

HORA:

QUEM?

MÉDICO QUE ACEITOU O CASO / OBSERVAÇÕES:

SENHA:

CARIMBO DO REGULADOR:

ENCERRAMENTO DA REGULAÇÃO: HORA / OBSERVAÇÕES:

CASO COMPATÍVEL COM OS DADOS ENVIADOS?

INCONFORMIDADES: