



FICHA DE REGULAÇÃO CLÍNICA (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: CLÍNICA MÉDICA UTI ADULTO PEDIATRIA CLÍNICA UTI PEDIÁTRICA

1) DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(ES): _____

2) HDA + EVOLUÇÃO (REDUZIDAS): _____

3) EXAME FÍSICO (SUMÁRIO): _____

ACAMADO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	ESCARAS? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	HEMODINÂMICA?:	GLASGOW?	TAX:
FC:	FR:	PA:	OXIGÊNIO:	SATURAÇÃO:

4) COMORBIDADES: HAS ICC AVC - SEQUELA DM DPOC OUTROS: _____

5) PRESCRIÇÃO SUCINTA: _____

6) EXAMES COMPLEMENTARES:	Ur:	Cr:	Na:	K:	Ca:	Mg:	DXT:	AMILASE:			
TGO:	TGP:	Bi:	D:	I:	GAMA GT:	FALC:	HMG:	Hb:	Ht:	LEUCO:	PLAQUETAS:
URINA:	TP/RNI:	TTPA/R:	CK:	CKMB:	ÍNDICE:						

ECG: _____

7) EXAMES DE IMAGEM? / QUAL(IS)? / RESULTADOS: _____

OUTROS: _____

8) AVALIAÇÃO DA ESPECIALIDADE REALIZADA? SIM NÃO | CONDUTA ORIENTADA: _____

9) RECURSOS NECESSÁRIOS NA INTERNAÇÃO SIM NÃO | QUAL(ES): _____

10) ÚLTIMA INTERNAÇÃO: LOCAL / QUANDO? _____

III- EVOLUÇÃO NA CMR (PARA USO DA REGULAÇÃO)

AVALIAÇÃO DA REGULAÇÃO: PERTINENTE NÃO PERTINENTE / ORIENTAÇÃO: _____

UNIDADE EXECUTANTE:	SENHA:
MÉDICO QUE ACEITOU O CASO / OBSERVAÇÕES:	CARIMBO DO REGULADOR:
TRANSPORTE PELO SAMU: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO HORA: QUEM?	
ENCERRAMENTO DA REGULAÇÃO: HORA / OBSERVAÇÕES:	
CASO COMPATÍVEL COM OS DADOS ENVIADOS?	
INCONFORMIDADES:	