



**ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DE  
CONSULTÓRIO PARA INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR**

FOR.INS.0062/01  
Implantação: 12/2020  
1ª Revisão: 05/2021

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome completo:

Data de Nascimento:

Nome da Mãe:

Médico Assistente:

Diagnóstico/CID:

Motivo da Internação:

Internar em Leito: ( ) Unidade de Internação ( ) Unidade de Terapia Intensiva

Procedimento Cirúrgico: Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**QUADRO CLÍNICO**

**PRESCRIÇÃO (MEDICAMENTOS, EXAMES, PROCEDIMENTOS)  
DESTACAR O QUE DEVE SER PRIORIZADO**