

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INGRESSO DE PACIENTES NOVOS

DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____

DADOS DO SOLICITANTE

GESTOR MUNICIPAL: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: _____

Nº CRM: _____

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

SEXO: () F = FEM. ; M = MASC. DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____ ETNIA: _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

CPF: _____ CARTÃO SUS: _____

TELEFONE: _____ CEP: _____

DOENÇA DE BASE: _____

ORIGEM DO PACIENTE:

- () TRANSFERIDO DE UNIDADE SATÉLITE. QUAL? _____
() TRANSFERIDO DE UNIDADE HOSPITALAR. QUAL? _____
() TRANSFERIDO DE UNIDADE AMBULATORIAL. QUAL? _____

DATA DA 1ª DIALISE NA VIDA: ____/____/____ DATA DA 1ª DIALISE NA UNIDADE: ____/____/____

METODO DIALÍTICO ATUAL: () HEMODIÁLISE () DPAC () DPA () DPI

UREIA: _____ CREATININA: _____ POTASSIO: _____ CLEARENCE DE CREATININA: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ DIURESE: _____ GLICOSE: _____ ALBUMINA: _____

HEMOGLOBINA: _____

HBsAG () REAGENTE () NÃO REAGENTE

ANTI-HCV () REAGENTE () NÃO REAGENTE

ANTI-HIV () REAGENTE () NÃO REAGENTE

ACESSO: () CATETER DE DUPLA LUZ; () CATETER DE TENCKHOFF; () FAV

RESUMO DA USG RENAL: _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES: _____