



Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Médico: _____ CRM: _____

Tipo de Internação: Cirúrgico Cirúrgico Ambulatorial

Data da Internação: ____/____/____

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

PLANO TERAPÊUTICO DO PACIENTE

TRATAMENTO CIRÚRGICO de _____

assistência pré-operatória, prescrição, cuidados pós-operatório conforme protocolo institucional, avaliação multiprofissional, antibioticoterapia endovenosa por _____ dias, sem febre em 24 horas, alta em seguida.

Equipe multidisciplinar: Fonoaudiologia Fisioterapia Nutrição Farmácia Psicologia Serviço Social

TEMPO PREVISTO DE INTERNAÇÃO: _____ dias (campo obrigatório)

TRATAMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL de _____

assistência pré-operatória, prescrição, cuidados pós-operatório conforme protocolo institucional e alta prevista em até 4 HORAS.

Paciente Possui risco de TEV (Trombo Embolismo Venoso)

PRESCRIÇÃO MÉDICA



**CARTA DE INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO E AMBULATORIAL**



Area with horizontal lines for text entry.

Data da internação: ____/____/____

Assinatura e Carimbo