



**CARTA DE INTERNAÇÃO
TRATAMENTO OBSTÉTRICO - CESÁRIA OU PARTO
NORMAL**



Nome: _____

Nome Social: _____

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

Médico: _____ CRM: _____

Tipo de Internação: Obstétrica

Data da Internação: ____/____/____

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

PLANO TERAPÊUTICO DO PACIENTE

() **CESÁREA** assistência ao parto, prescrição, cuidado pós-parto conforme protocolo institucional e alta prevista em até 48 horas.

() **PARTO NORMAL** assistência ao parto, prescrição, cuidado pós-parto conforme protocolo institucional e alta prevista em até 36 horas.

Equipe multidisciplinar: () Fonoaudiologia () Fisioterapia () Nutrição () Farmácia () Psicologia () Serviço Social

TEMPO PREVISTO DE INTERNAÇÃO: _____ dias (campo obrigatório)

() Paciente Possui risco de TEV (Trombo Embolismo Venoso)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

