



Nome: _____

Nome Social: _____

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

Médico: _____ CRM: _____

Tipo de Internação: Clínico

Data da Internação: ____/____/____

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

PLANO TERAPÊUTICO DO PACIENTE

TRATAMENTO CLÍNICO DE: _____

suporte clínico diário de enfermagem, prescrição, avaliação multiprofissional, antibioticoterapia por _____ dias sem febre em 24 horas, alta prevista em seguida.

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
