



PREFEITURA BELO HORIZONTE

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DO ACESSO AMBULATORIAL / GERAM / DMAC / SUS-BH

CONTATOS: (31) 3277-8329 (31) 3277-7276 e-mail: geram.reguladores@pbh.gov.br

SOLICITAÇÃO DE HD EM TRÂNSITO

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE:

Nome: _____

Sexo: () Feminino; () Masculino

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

Telefone: () _____ / () _____ / () _____

Documento de Identificação (CPF): _____._____._____-____

Endereço **ATUALIZADO**: _____

• CENTRO DE DIÁLISE DE ORIGEM: _____

• PERÍODO DE HD EM TRÂNSITO: ____/____/____ A ____/____/____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

() CIRURGIA Tipo de cirurgia: _____

Hospital executante: _____

Data da cirurgia: ____/____/____

() CONSULTA Tipo de consulta: _____

Hospital executante: _____

Data da cirurgia: ____/____/____

() OUTROS _____

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE:

ETIOLOGIA: _____

INÍCIO DE TRS: _____

ACESSO PARA HD: () FAV () CDL CURTA PERMANÊNCIA () CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA

SOROLOGIAS DATADAS: Anti-HIV _____ HBsAg _____

Anti-HCV _____ Anti-HBs _____

_____/_____/____ ASSINATURA DO MÉDICO: _____