

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI | <input type="checkbox"/> VACINA ANTI Rh |
| <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO | <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL |
| <input type="checkbox"/> HEMODINÂMICA | <input type="checkbox"/> HEMOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS QUE NÃO CONSTEM NO BRASÍNDICE |
| <input type="checkbox"/> EXAMES ESPECIALIZADOS _____ | |
| <input type="checkbox"/> OUTROS _____ | |

DADOS GERAIS:

HOSPITAL _____

PACIENTE _____

N.º GIH _____ CARTÃO ISSEC _____

MÉDICO SOLICITANTE _____ CRM _____

PRESTADOR EXECUTANTE _____

JUSTIFICATIVA

DATA ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante