


COORDENADORIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE E AVALIAÇÃO  
FICHA CADASTRAL - PACIENTE

		<b>SISTEMA REGULA CIRURGIA</b>	
<b>INFORMAÇÕES DO PACIENTE</b>			
Nome do paciente:		Dt. Nascimento __/__/____	
CNS:	CPF:	Telefone:	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não declarado <input type="checkbox"/>			
PPL: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	PcD: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se PcD for sim, qual o tipo da deficiência?	
Telefone do Paciente:		Outro Telefone do Paciente:	
<b>ENDEREÇO DO PACIENTE</b>			
Rua:			
Bairro:		Cidade:	
Número:		Região de saúde:	
Estado:		CEP:	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
Procedimento:		COD.SIGTAP: _____	
Precisa de UTI? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
<b>INFORMAÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE</b>			
1. O paciente apresenta risco de deterioração clínica iminente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
2. Existe necessidade de hospitalização urgente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
3. Há Risco de incurabilidade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
4. O paciente encontra-se com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
5. O paciente encontra-se com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
6. O paciente encontra-se com prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
7. Há prejuízo para atividades diárias? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
<b>DESCREVER QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE</b>			
<b>ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE</b>			
Data: __/__/____			