

Nome: _____

HD: _____ Hospital: _____

Data internação: _____ Alta: _____



R. Erasmo Braga, 1175 - Jardim Chapadão,
Campinas - SP, CEP: 13070-147
e-mail: credenciamento@gocaresaude.com.br
SAC: 0800 777-0161

ANS - nº 42268-1

Checklist / Alta Hospitalar

Nível de Consciência	Normal	Alterado				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Respiração	Espontânea	Cateter	Máscara	CPAP	Fisioterapia	Traqueo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação	VO	Suplemento	SNE	Gastrostomia	Jejunostomia	Peso (RN) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eliminações	Normal	Fralda	SVA	SVD	Cistoscopia	Colostomia
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cateter	Não	Sim	Qual?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Feridas	Não	Cirúrgica	UPP	Vascular	Nova	Anterior
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiótico	Não	Sim	Qual?		Quanto tempo	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Observações: _____
