Formulário de Encaminhamento

Nome do paciente: _____

Nome do responsável: _____

Médico responsável: _____

Data de internação/cirurgia: _____

Horário de internação/cirurgia: _____

Horário em que o paciente deve chegar: _____

Diagnóstico: _____

Alergias: _____

Nome do anestesista: _____

Procedimentos que serão realizados no Hospital: _____

Orientações para o paciente (roupa adequada, jejum etc): _____

Remédios a serem administrados pela enfermagem: _____

Informações importantes sobre o paciente: _____

Sabará
HOSPITAL INFANTIL