



HOSPITAL MUNICIPAL
DE SANTARÉM



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
SANTARÉM

SOLICITAÇÃO DE INTERCONSULTA DA NEFROLOGIA

OBS: Esta solicitação deve ser feita em duas vias e todos os campos precisam ser preenchidos

1) DATA: ___ / ___ / _____ 2) HORA: ___ : ___ h

3) LOCAL: PS() CIRURG() ORTOP() OBST() ENF. PED() 4) LEITO: _____

5) NOME: _____

6) IDADE: _____ 7) SEXO: M() F()

7) INDICAÇÃO PARA INTERCONSULTA ELETIVA= SIM() NÃO()

OBS 1: 07:00 - 19:00h (segunda-feira a Sábado).

Critérios:

() Creatinina > ou igual a 1,8mg/dl (para adultos)

() Depuração de creatinina < 60ml/min (para adultos e crianças)

() Urina 1 com hematuria e/ou proteinúria

() Outros: _____

OBS 2: Não há indicação de avaliação nefrológica nos seguintes casos:

- Cólica nefrérica

- Infecção do Trato Urinário descomplicada

- Obstrução urinária com bexigoma e/ou USG com hidronefrose sem perda de função

renal: deve ser avaliada inicialmente pelo Urologista

- Edema sem perda de função renal e sem proteinúria no exame de urina

8) INDICAÇÃO PARA INTERCONSULTA DE URGÊNCIA= SIM() NÃO()

OBS 1: 24horas (todos os dias)

OBS 2: Deixar solicitação escrita no prontuário como comprovante e estabelecer contato direto de médico para médico por telefone.

Critérios:

() URGÊNCIA DIALÍTICA-PARA PACIENTES COM PERDA IMPORTANTE DA FUNÇÃO RENAL, apresentando:

() EDEMA AGUDO DE PULMÃO

() HIPERCALEMIA (>6,0mEq/l)

() PERICARDITE URÊMICA

() SANGRAMENTO SIGNIFICATIVO(em pacientes urêmicos, descartadas outras

causas como distúrbios de coagulação ou plaquetopenia).

() PACIENTES DO PROGRAMA DE DIÁLISE CRÔNICA APRESENTANDO ALGUMA INTERCORRÊNCIA GRAVE.

Assinatura e Carimbo

SETOR DE NEFROLOGIA CIENTE DA SOLICITAÇÃO: DATA: ____/____/____

HORA: ____ : ____ h

AVALIAÇÃO: DATA: ____/____/____ **HORA:** ____ : ____ h

- DESTINO:**
- ASSUMIMOS O CASO** (ficamos responsáveis pela evolução e prescrição)
 - ACOMPANHAREMOS O CASO** (porém o paciente continua internado sob responsabilidade do médico solicitante)
 - ENCAMINHAMOS PARA AMBULATÓRIO DA URES** (porém o paciente continua internado sob responsabilidade do médico solicitante)
 - ALTA DA NEFROLOGIA** (porém o paciente continua internado sob responsabilidade do médico solicitante)
 - ALTA HOSPITALAR**

Assinatura e Carimbo	
----------------------	--