****

**Prescrição de Internação**

**Data da Prescrição:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Nome:**

**Data de nascimento:**

**CID de internação:**

**Medicamentos de uso contínuo:  
Alergias medicamentosas:**

**Prescrição:**

Dieta:

Controle de sinais vitais:

Controle de HGT:

Ventilação:

Acesso Venoso:

Medicações:

Exames laboratoriais/imagem:

Cuidados de enfermagem:

Avaliação especialista:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Profissional Solicitante.