|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

****

**INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS**

FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA DE VAGAS DATA:

NOME DO PACIENTE:

HOSPITAL SOLICITANTE:

 CASO ACEITO

**SIM**: DIAGNÓSTICO:

CASO ACEITO

**NÃO:**

MOTIVOS:

SEM VAGAS DE UTI (DR. ) SEM VAGAS NO PRONTO SOCORRO

SEM VAGAS DE SALA RESPIRATÓRIA/SALA DE CHOQUE NO PRONTO SOCORRO CASO SEM INDICAÇÃO DE HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

SEM NECESSIDADE DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL TERCEIRIZADO OUTROS: