

ALTA HOSPITALAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: __/__/____ Sexo: () Masculino () Feminino

Número do prontuário: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Nome do hospital: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Responsável técnico: _____

CRM: _____

3. HISTÓRICO CLÍNICO E TRATAMENTO REALIZADO

Diagnóstico(s) hospitalar(es):

Procedimentos realizados:

Medicações administradas:

Evolução clínica durante a internação:

4. CONDIÇÕES NO MOMENTO DA ALTA

Estado geral do paciente: _____

Sinais vitais estáveis: () Sim () Não

Capacidade funcional: _____

Restrições e orientações para continuidade do tratamento:

5. ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Medicações para uso domiciliar:

Cuidados especiais:

Necessidade de retorno ou acompanhamento médico:

6. DECLARAÇÃO DE ALTA

Declaro que o paciente acima identificado recebeu alta hospitalar em condições clínicas estáveis, apto para continuar seu tratamento fora do ambiente hospitalar, conforme orientações médicas descritas neste documento.

Local para assinatura: _____

7. RESPONSÁVEL PELA ALTA

Nome do médico responsável: _____

CRM: _____

Assinatura: _____

8. TESTEMUNHAS (se necessário)

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Este documento possui validade jurídica conforme legislação vigente no Brasil.

Fonte original deste documento:

<https://modelos-br.com/alta-hospitalar/>

Este modelo foi útil para você?

Confira outros modelos atualizados em:

<https://modelos-br.com>

Mais modelos

Este modelo é destinado exclusivamente para uso pessoal e não comercial.

Ao compartilhar ou publicar, a citação da fonte é obrigatória.

Este modelo tem caráter meramente orientativo e não constitui aconselhamento jurídico.

Recomenda-se consultar um profissional qualificado para casos específicos.