

Internação

Record ID (REDCap) (*)

Responsável pelo preenchimento no REDCap (*)

Data de preenchimento no REDCap (*)

Responsável pelo preenchimento em papel (*)

Data de preenchimento em papel (*)

Nº Prontuário/ID Interno (*)

**Este formulário deverá ser preenchido para cada internação ocorrida.
Campos com (*) são de preenchimento obrigatório.
Campos com (+) podem ter mais de uma opção assinalada.**

Internação

Data da internação (*)

(Caso não seja conhecida a data de internação exata, utilizar a padronização prevista no MOP.)

Data da alta

(Caso não seja conhecida a data de alta exata, utilizar a padronização prevista no MOP.)

Código CID-10 da internação (*)

Nome da doença da internação (CID-10) (*)
