**Formulário Anexo 2**

**Registro da Deliberação**

**do Comitê de Apoio à Alta dos Pacientes Hospitalizados**

**para Tratamento Médico e Proteção**

Data da reunião do comitê: Dia ...../Mês ...../Ano ........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do paciente |  | Data de nascimento | Dia ... ..Mês ..... Ano ..... |
| Nome do consultor de ambiente de vida pós-alta |  |
| Atual período de hospitalização | Desde: Dia 　　 Mês 　　Ano 　 até 　Dia 　　Mês 　　Ano |
| Participantes | Médico responsável ( )Membro da equipe de enfermagem ( )Consultor do ambiente de vida pós-alta( )Paciente (Presente / Ausente), Familiares e outros ( (Relacão) )Outros ( ) |
| Opinião do paciente e de familiares e outros |  |
| - Necessidade de renovar ou não o período de hospitalização e seus motivos- Medidas concretas voltadas para a alta do hospital | Há. / Não há. |
|  |
| Período de hospitalização após a renovação\*Período máximo de 3 meses até 6 meses desde a hospitalização, e período máximo de 6 meses após passar 6 meses desde a hospitalização. | Até Dia　　　　Mês 　　　Ano |
| Outros |  |

(Assinatura do administrador do hospital: 　 )

(Assinatura do registrador: )