**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: )