

Data:	Prontuário:
Hora:	Registro:
Clínica:	

Nome: _____
 Mãe: _____
 Cartão SUS: _____ RG: _____ CPF: _____ Nasci: / / _____
 Endereço: _____ Número: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 CEP: _____
 Telefone: _____
 Responsável: _____

TRIAGEM

Queixa Principal: _____

Doenças Anteriores TVP HAS DM AVC

Medicamento em uso: _____ Peso: _____
 Riscos percebidos Queda Úlcera por pressão
 Broncoaspiração Trombose

Alergias: _____

Dados Vitais: TA= _____ x _____ mmhg FC= _____ bmp FR= _____ imp
 T= _____ °C HGT= _____ Sat.O2 _____

_____ Assinatura e Carimbo Tec. Enfermagem
 _____ Assinatura e Carimbo Enfermagem
 _____ Assinatura do Paciente/Responsável

ANAMNESE:

EX. FÍSICO:

SUSPEITA DIAGNÓSTICA

PLANO PROPEDÊUTICO	RESULTADOS
PLANO TERAPÊUTICO	APRAZAMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3.01.06.009-6 Consulta Médica | <input type="checkbox"/> 3.03.09.022-7 Tratamento Conservador Fratura Membros Superior |
| <input type="checkbox"/> 4.01.01.005-8 Sutura | <input type="checkbox"/> 3.03.09.020-0 Tratamento Conservador de Fratura em Membros Inferior |
| <input type="checkbox"/> 4.08.01.013-4 Redução Incruenta Escapuloumeral | Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> 4.01.01.003-1 Drenagem de Abscesso | Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> 3.01.06.010-0 Imobilização Provisória | Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> 4.08.02.024-5 Redução Incruenta de Fratura de Punho | _____ |
| <input type="checkbox"/> 3.03.09.015-4 Tratamento Conservador de Fratura Punho | Assinatura do Médico /CRM |

Solicitações de Exames	Código de Exames

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 301100012 Administração medicação | <input type="checkbox"/> 301100152 Retirada de Pontos |
| <input type="checkbox"/> 301010048 Consulta | <input type="checkbox"/> 301100047 Sonda de Alívio |
| <input type="checkbox"/> 301060118 Acolhimento c/ Classif. Risco | <input type="checkbox"/> 301100179 Sondagem Gastrica |
| <input type="checkbox"/> 401010015 Curativo Grau II | <input type="checkbox"/> 309010101 Passagem de Sonda Naso Enterica |
| <input type="checkbox"/> 211020036 ECG | <input type="checkbox"/> 301100039 Pressão Arterial |
| <input type="checkbox"/> 214010015 Glicemia Capilar | <input type="checkbox"/> 401010023 Curativo Simples |
| <input type="checkbox"/> 301100187 Rehidratação | Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> 301100128 Lavagem Gástrica | _____ |
| <input type="checkbox"/> 301100144 Oxigenoterapia | _____ |
| <input type="checkbox"/> 301100101 Nebulização | _____ |

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo da Enfermagem _____

ASSISTENTE SOCIAL

Situação do Paciente:

 Alta Óbito Transferido

Data de saída do paciente: / /

Destino: _____