

Nº Atend.: _____

Prontuário: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____
Paciente: _____
Idade: _____ Dt. Nasc: ____/____/____ Sexo: _____
Setor: _____ Leito: _____ Convênio: _____

Unidade de Destino: _____ Serviço de Origem: _____ **Vaga Zero**
 Sim Não
Encaminhado por: SAMU Central de Vagas Espontânea Outros: _____

HISTÓRICO: _____

MEDICAÇÕES EM USO DOMICILIAR (RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA): _____

MANTER OS MEDICAMENTOS DE USO DOMICILIAR PRESCRITOS Sim Não
Se não justifique: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

AMBIENTE FAMILIAR: _____

EXAME FÍSICO: FC: _____ (bpm) PA: _____ (mmHg) FR: _____ (ipm) T° _____ (°C)
Sat.O²: _____
Corado: Sim Não _____/4+ **Hidratado:** Sim Não _____/4+
Acianotico: _____ **Anicterico:** _____ **Perfusão Periférica:** _____
Geral: _____

Pele:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____
Cabeça/Pescoço:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____
Coração:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____
Pulmões:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____
Membros:	_____	
Edema:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não _____/4+
Neurológico:	_____	
Genito-Urinário:	_____	

Outros:	_____
_____	_____
_____	_____
HD:	_____
_____	_____
_____	_____

Plano Terapêutico (estratégia de tratamento definida para o paciente):		

<input type="checkbox"/> Cirurgia Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Leito Dia	<input type="checkbox"/> Unidade de Internação
<input type="checkbox"/> UTI-Pediátrica	<input type="checkbox"/> UTI-Neonatal	
Exames Complementares:	_____	
_____	_____	
Equipes de Apoio Necessárias:		
<input type="checkbox"/> Fisioterapia:	_____	
<input type="checkbox"/> Nutrição:	_____	
<input type="checkbox"/> Farmácia:	_____	
<input type="checkbox"/> Serviço Social:	_____	
<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional:	_____	
<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia:	_____	
<input type="checkbox"/> Outros:	_____	
PROGRAMAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR:		

Profissional: _____

CRM: _____