

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: _____

ANTECEDENTES: DM HAS CARDIOPATIA _____
 TABAGISMO ETILISMO NEOPLASIA _____

MEDICAÇÕES EM USO DOMICILIAR (RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA):

MANTER OS MEDICAMENTOS DE USO DOMICILIAR PRESCRITOS Sim Não

Se não justifique: _____

EXAME FÍSICO: FC: _____ (bpm) PA: _____ (mmHg) FR: _____ (ipm) T° _____ (°C)

Corado: Sim Não _____/4+ **Hidratado:** Sim Não _____/4+

Acianotico: _____/4+ **Anictérico:** _____/4+

Geral: _____

Pele: Normal Alterado: _____

Cabeça/Pescoço: Normal Alterado: _____

Coração: Normal Alterado: _____

Pulmões: Normal Alterado: _____

Abdômen: Normal Alterado: _____

Membros: _____ **Panturilhas:** _____

Edema: Sim Não ed _____/4+

Neurológico: _____

Genito-Urinário: _____

Orientado: Sim Não **Glasgow:** _____

Outros: _____

HD: _____

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

Cirurgia Ambulatorial Leito Dia Unidade de Internação
 UCO UTI-Adulto

Exames Complementares: _____

Equipes de Apoio Necessárias:

Fisioterapia: _____
 Nutrição: _____
 Farmácia: _____
 Serviço Social: _____
 Outros: _____

PROGRAMAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR:

Profissional: _____

CRM: _____