

Nº DO BE:

Setor:

Data:

Hora:

HISTÓRIA CLÍNICA

História Clínica / Exame Físico:

PA:

Pulso:

Temp.:

REQUISIÇÃO DE EXAME:

EXAME RADIOLÓGICO

Realizado por:

Retirado por:

Carimbo do RX

Ass. do Paciente

Laudo Radiológico provisório

DIAG. E CONDUTA

1 - Avaliação de Esp.

ESPEC.

HORA

MÉDICO

Ass. do médico do 1º atendimento

Consulta Simples

Cons. c/ Observação

Medicação VO, IM EV (realizada no PS)

Proc. Peq. Cirurg. Pele

Coleta de exames

Incisão e drenagem de abscesso

FRENTE

AVALIAÇÃO MÉDICA

Especialidade 1: _____
Especialidade Profissional Hora

AVALIAÇÃO MÉDICA

Especialidade 2: _____
Especialidade Profissional Hora

AVALIAÇÃO ENFERM.

SAÍDAS

H.D. _____ CID: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____

Liberação da medicação pela enfermagem

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Decis. Médica	<input type="checkbox"/> A Revelia	<input type="checkbox"/> Desistência	<input type="checkbox"/> Extraviado	<input type="checkbox"/> Cancelado
<input type="checkbox"/> Remoção	<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Sabim	<input type="checkbox"/> PUC	<input type="checkbox"/> Raskin	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Até 24 Horas	<input type="checkbox"/> + 24 Horas			
	Destino:	<input type="checkbox"/> C/ Atestado	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> SVO	
<input type="checkbox"/> Internação	Solicitação de emissão AIH.	<input type="checkbox"/> Sim	Ass. Sup. do plantão:		
	<input type="checkbox"/> Encaminhamento				

Atestado: Sim ____ dias Não Declaração de Comparecimento: Sim Não

Carimbo do responsável pela saída: Assinatura Médica:

Assinatura do paciente:

V F R C O