

(BOX HORA E PRONTO ATENDIMENTO)

| | |
|-----------|------------------|
| MATRÍCULA | NOME DO PACIENTE |
|-----------|------------------|

| |
|----------|
| ENDEREÇO |
|----------|

| | |
|-------|--------|
| SETOR | CIDADE |
|-------|--------|

| | |
|----------|-------------------------------------|
| TELEFONE | NOME DO ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL |
|----------|-------------------------------------|

| | | | |
|-----------------|--|-----------------|--|
| DATA DE ENTRADA | | HORA DE ENTRADA | |
| DATA DE SAÍDA | | HORA DE SAÍDA | |

| |
|-----------------------------------|
| QUEIXA APRESENTADA _____ _____ |
|-----------------------------------|

| |
|-------------------------------------|
| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA _____ _____ |
|-------------------------------------|

| |
|------------------------------------------------------------------|
| H.D.A. / EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) _____ _____ _____ _____ |
|------------------------------------------------------------------|

| |
|----------------------------------------------------|
| CONDUTA (MAT/MED) _____ _____ _____ _____ |
|----------------------------------------------------|

| |
|-------------------------------------------------------------------|
| AVALIAÇÃO FINAL |
| <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| JUSTIFICATIVA _____ _____ _____ _____ |

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| _____ | _____ |
| ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO | ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL |

OBS.: A medicação prescrita deverá ser checada pela enfermagem após realizada.