

Data:  
Hora:

Nr. Atendimento:  
Setor:

Data/Hora Atendimento.:  
Usuário:

Paciente:  
Dt. Nascimento:  
Mãe:  
Endereço:  
Cidade:  
Complemento:  
Caso Policial:

Prontuário:  
Idade:  
Doc.:  
Número:  
UF.:  
Telefone:  
Acidente de trabalho:

Cartão SUS:  
Sexo:  
Procedência:  
Bairro:  
CEP:  
Plano de Saúde:  
Tipo Chegada:

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Queixa principal:

Fluxograma:

Discriminador:

Data/Hora início:

Data/Hora Término:

**Medidas Clínicas:**

Dor	Glasgow	Glicemia	PA	Pulso: <input type="checkbox"/> REG. <input type="checkbox"/> IRREG.	SatO2: <input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> O2	Temperatura

Observação:

Profissional:

COREN/CRM:

Prioridade clínica: /

**Informações complementares:**

Peso	Altura	Glicemia	PA	Pulso: <input type="checkbox"/> REG. <input type="checkbox"/> IRREG.	SatO2: <input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> O2	Temperatura

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Hora: \_\_: \_\_

Anamnese:

Exame físico:

Hipótese Diagnóstica:

CID:

Prescrição médica	Horário

Assinatura e Carimbo Profissional

Dados de Identificação do Paciente

Estab.: Nome: Cartão SUS:

EXAMES COMPLEMENTARES

- Hemograma, Bilirrubinas, TGO, TPAP/TP, TGP, Sódio, Amilase, Potássio, Ureia, Urina I, Creatinina, Escarro/BK, Glicemia, Raio X, CPK/CKMB, ECG

Outros:

REAVALIAÇÃO MÉDICA / RESULTADOS DE EXAMES

Blank lines for medical evaluation and test results.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Blank lines for nursing notes.

REGISTRO DE OUTROS PROFISSIONAIS

Blank lines for recording other professionals.

Alta: Decisão médica, A pedido, Evasão, Desistência, Encaminhamento para centro de saúde

Atestado: Sim, Não, Quantos dias:

Transferência (destino):, Óbito

Data da saída:

Hora da saída:

Assinatura e Carimbo Profissional

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Através deste termo de responsabilidade autorizo o corpo clínico desta instituição a praticar qualquer procedimento médico ou cirúrgico que julgar necessário ao diagnóstico e/ou tratamento da minha enfermidade, submetendo-se a todas as disposições gerais contidas no regulamento da instituição.

Local e Data:

Assinatura do paciente ou responsável:

**Dados de Identificação do Paciente**

Estab.:

Nome:

Dt. Nasc:

**PROCEDIMENTOS MÉDICOS:**

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

0301060096	Consulta Médica	<input type="checkbox"/>	Consulta Médica	<input type="checkbox"/>	Consulta Médica	<input type="checkbox"/>
0301060029	Consulta com Obs.	<input type="checkbox"/>	Consulta com Obs.	<input type="checkbox"/>	Consulta com Obs.	<input type="checkbox"/>
0211020036	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>
0401010058	Sutura	<input type="checkbox"/>	Sutura	<input type="checkbox"/>	Sutura	<input type="checkbox"/>
0401010104	L029 Dren. Abscesso	<input type="checkbox"/>	Dren. Abscesso	<input type="checkbox"/>	Dren. Abscesso	<input type="checkbox"/>
0401010112	M795 Ret. Corpo estranho	<input type="checkbox"/>	Ret. Corpo estranho	<input type="checkbox"/>	Ret. Corpo estranho	<input type="checkbox"/>
0404010342	Tamp. Nasal	<input type="checkbox"/>	Tamp. Nasal	<input type="checkbox"/>	Tamp. Nasal	<input type="checkbox"/>
0413010023	Atend. Queimado	<input type="checkbox"/>	Atend. Queimado	<input type="checkbox"/>	Atend. Queimado	<input type="checkbox"/>
0406020094	Dissecção de Veia	<input type="checkbox"/>	Dissecção de Veia	<input type="checkbox"/>	Dissecção de Veia	<input type="checkbox"/>
0415040043	L89 Debrid. Úlcera/Necrose	<input type="checkbox"/>	Debrid. Úlcera/Necrose	<input type="checkbox"/>	Debrid. Úlcera/Necrose	<input type="checkbox"/>
0301010021	Diag. Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Diag. Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Diag. Tuberculose	<input type="checkbox"/>
0214010058	Diag. HIV (teste rápido)	<input type="checkbox"/>	Diag. HIV (teste rápido)	<input type="checkbox"/>	Diag. HIV (teste rápido)	<input type="checkbox"/>
0404010300	Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>	Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>	Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>
0301060100	Atendimento ortopédico com imobilização provisória	<input type="checkbox"/>	Atendimento ortopédico com imobilização provisória	<input type="checkbox"/>	Atendimento ortopédico com imobilização provisória	<input type="checkbox"/>
	Outros	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

Carimbo do profissional:

Carimbo do profissional:

Carimbo do profissional:

CNS do profissional:

CNS do profissional:

CNS do profissional:

**PROCEDIMENTOS PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICOS:**

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

0301060118	Acolhimento c/ classif. risco	<input type="checkbox"/>	Acolhimento c/ classif. risco	<input type="checkbox"/>	Acolhimento c/ classif. risco	<input type="checkbox"/>
0301010048	Consulta / Classif. Risco	<input type="checkbox"/>	Consulta / Classif. Risco	<input type="checkbox"/>	Consulta / Classif. Risco	<input type="checkbox"/>
0201020041	Coleta para Exames	<input type="checkbox"/>	Coleta para Exames	<input type="checkbox"/>	Coleta para Exames	<input type="checkbox"/>
0401010015	Curativo Grau II	<input type="checkbox"/>	Curativo Grau II	<input type="checkbox"/>	Curativo Grau II	<input type="checkbox"/>
0301100047	Catet. Vesical Alívio	<input type="checkbox"/>	Catet. Vesical Alívio	<input type="checkbox"/>	Catet. Vesical Alívio	<input type="checkbox"/>
0301100179	Sondagem Gástrica	<input type="checkbox"/>	Sondagem Gástrica	<input type="checkbox"/>	Sondagem Gástrica	<input type="checkbox"/>
0301100128	Lavagem Gástrica	<input type="checkbox"/>	Lavagem Gástrica	<input type="checkbox"/>	Lavagem Gástrica	<input type="checkbox"/>
0301010021	Diag. Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Diag. Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Diag. Tuberculose	<input type="checkbox"/>
0214010058	Diag. HIV (teste rápido)	<input type="checkbox"/>	Diag. HIV (teste rápido)	<input type="checkbox"/>	Diag. HIV (teste rápido)	<input type="checkbox"/>
0301100055	Catet. Vesical Demora	<input type="checkbox"/>	Catet. Vesical Demora	<input type="checkbox"/>	Catet. Vesical Demora	<input type="checkbox"/>
0301100012	Adm. de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Adm. de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Adm. de Medicamentos	<input type="checkbox"/>
	Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>

Carimbo do profissional:

Carimbo do profissional:

Carimbo do profissional:

CNS do profissional:

CNS do profissional:

CNS do profissional:

**PROCEDIMENTOS PROFISSIONAIS NÍVEL MÉDIO ( AUX. E TÉC. ENFERMAGEM)**

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

0201020041	Coleta para Exames	<input type="checkbox"/>	Coleta para Exames	<input type="checkbox"/>	Coleta para Exames	<input type="checkbox"/>
0301100012	Adm. de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Adm. de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Adm. de Medicamentos	<input type="checkbox"/>
0301100101	Inalação / Nebulização	<input type="checkbox"/>	Inalação / Nebulização	<input type="checkbox"/>	Inalação / Nebulização	<input type="checkbox"/>
0301100039	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>
0214010015	Glicemia Capilar	<input type="checkbox"/>	Glicemia Capilar	<input type="checkbox"/>	Glicemia Capilar	<input type="checkbox"/>
0401010023	Curativo Simples	<input type="checkbox"/>	Curativo Simples	<input type="checkbox"/>	Curativo Simples	<input type="checkbox"/>
0301100187	TRO	<input type="checkbox"/>	TRO	<input type="checkbox"/>	TRO	<input type="checkbox"/>
0211029998	ECG	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>
0214010066	Teste de gravidez	<input type="checkbox"/>	Teste de gravidez	<input type="checkbox"/>	Teste de gravidez	<input type="checkbox"/>
0301999198	Atendimento de Enferm.	<input type="checkbox"/>	Atendimento de Enferm.	<input type="checkbox"/>	Atendimento de Enferm.	<input type="checkbox"/>
0301100152	Retirada de pontos	<input type="checkbox"/>	Retirada de pontos	<input type="checkbox"/>	Retirada de pontos	<input type="checkbox"/>
0301100144	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>

Carimbo do profissional:

Carimbo do profissional:

Carimbo do profissional:

CNS do profissional:

CNS do profissional:

CNS do profissional: