

HOSPITAL DE CLINICA ANJO GABRIEL

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL (FAA)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- Nome Completo: _____
- Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
- Idade: ____ anos
- Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
- Documento (RG/CPF): _____
- Cartão SUS: _____

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

- Endereço Residencial: _____
- Cidade: _____ CEP: _____
- Telefone: (____) - _____
- E-mail: _____
- Local de Permanência Atual (Caso Difira do Endereço):

DADOS DO ACOMPANHANTE

- Nome do Acompanhante: _____
- Grau de Parentesco: _____
- Telefone do Acompanhante: (____) - _____
- Endereço do Acompanhante (se diferente do paciente):

HOSPITAL DE CLINICA ANJO GABRIEL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- **Data do Atendimento:** ____ / ____ / ____
- **Horário de Chegada:** :__
- **Classificação de Risco:** ☐ Vermelho (Emergência) ☐ Amarelo (Urgente) ☐ Verde (Pouco Urgente) ☐ Azul (Não Urgente)
- **Motivo da Classificação de Risco:**

- **Profissional Responsável pela Classificação:**

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

- **Pressão Arterial:** ____ / ____ mmHg
- **Frequência Cardíaca:** ____ bpm
- **Temperatura:** ____ °C
- **Frequência Respiratória:** ____ rpm
- **Saturação de Oxigênio (SpO2):** ____ %
- **Peso:** ____ kg
- **Altura:** ____ m
- **IMC:** ____

ATENDIMENTO MÉDICO

- **Especialidade/Setor:** _____
- **Médico Responsável:** _____
- **Número do Prontuário:** _____

HOSPITAL DE CLINICA ANJO GABRIEL

QUEIXA PRINCIPAL E HISTÓRICO MÉDICO

- **Motivo do Atendimento:**

- **Alergias Conhecidas:** ☐ Não ☐ Sim. Quais? _____
- **Doenças Crônicas:** ☐ Não ☐ Sim. Quais? _____
- **Cirurgias Anteriores:** ☐ Não ☐ Sim. Quais? _____
- **Medicamentos em Uso:** ☐ Não ☐ Sim. Quais? _____

EXAME FÍSICO

- **Cabeça e Pescoço:**

- **Tórax e Pulmões:**

- **Abdome:**

- **Membros Superiores e Inferiores:**

- **Outros:**

—

DIAGNÓSTICO PRELIMINAR

- _____

CONDUTA E PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. _____

2. _____

3. _____

HOSPITAL DE CLINICA ANJO GABRIEL

EXAMES SOLICITADOS

- Exame de Sangue: ☐ Sim ☐ Não
- Radiografia: ☐ Sim ☐ Não
- Ultrassom: ☐ Sim ☐ Não
- Outros:

OBSERVAÇÕES GERAIS

- _____

Assinatura do Médico Responsável

Nome: _____

CRM: _____

Data: ____ / ____ / ____

HOSPITAL DE CLINICA ANJO GABRIEL