

## FICHA DE INTERNAMENTO

## **DATA E HORA**

10/12/2022 06:02:44

DADOS DO PACIENTE										
* Nome do Paciente Patient Name						* Número do Cartão Nacional do SUS 928 9769 5493 0007				
* Data de Nascimento	* Sexo	* Nome	ãe							
10/12/2022 ☐ M <b>I</b> F Patier				t Mother Name						
* Documento										
CPF RG 284.454.000-70 pacien				acient street,	sient street, 43, paciten, USA					
N° Bairro 123456 Patient Nei			Município Patient city		UF SP	CEP 12345-678				
Nacionalidade	* Telefone para Contato				io Suplementar? Peso Estimado		Peso Estimado			
Brasileira		(44) 38769	-4628	8		■ NÃO □			123.32	
DADOS CLÍNICOS										
* Alergias Medicamentosas/Alimentar Penicillin, Aspirin, Ibuprofen, Anticonvulsants.										
* Comorbidades/Doenças Prévias Heart disease, High blood pressure, Diabetes, Cerebrovascular disease.										
* História da Doença Atual/Exame Físico 012345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565 758596616266364656666768697071727374757677778798081828384858687888990919293949459697989910010110210310410510										
610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014 114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517 617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021 121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524 624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028 128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531										
631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035 135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538										
* Suspeita Diagnóstica Inicial (CID) Diagnostic suspicion and referral bias in studies of venous thromboembolism and oral contraceptive use.										
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO				ICO	* Nome do Médico Responsável Doctor Name					
* CNS do Médico Responsável										
* CRM do Médico Responsáve										



