

) BANHO NO LEITO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h
UPA III GOVERNADOR ALMIR GABRIEL

MUNICÍPIO DO CNS: _____

NIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h	TESTE RÁPIDO PARA COVID	
UPA III GOVERNADOR ALMIR GABRIEL	REALIZADO EM	
HEMODERIVADOS: () SIM () NÃO	/	
CNS:	ASS:	

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CADASTRADO AIH CÓPIAS DE DOCUMENTOS
NOTIFICADO COVID-19
COLETA SWAB (ATE 07 DIAS DA DATA DO INICIO DOS PRIMEIOS SINTOMAS)
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS:
Nº DO REGISTRO:
NOME DO PACIENTE:
IDADE:/ DATA DE NASCIMENTO:/
DATA DA INTERNAÇÃO:/
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
CONDIÇÕES DE ALTA:
1 () Decisão Médica
Data da Alta:/
2 () SISREG/ TRANSFERIDO (A)/ ENCAMINHADO (A) PARA:
() HOSPITAL SÃO JOSÉ:/
() HOSPITAL MUNICIPAL:/
() HOSPITAL FRANCISCO MAGALHÃES://
() OUTROS em
3 () EVASÃO, Sem autorização médica em//
4 () ÓBITO, Data:/ àsh
5 () OUTROS:
Médico (a) responsável pela alta:
Enfermeiro (a) responsável pela Alta:

() CURATIVO EXTENSO

_ ~ _	
REGULAÇÃO	DO ACESSO
ILOOLAÇAC	DO ACESSO

DATA/CAD:	OATA/CAD: ID/SER:			
SISREG/CAST:	s	ISREG/BELÉM:		
RESERVA DE LEITO: DATA/TRANS		_ DATA/TRANSF:	F:	
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:	
HORA:	HORA:			
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
DATA:				
HORA:				
ASSINATURA:	ASSINATURA:	ASSINATURA:	ASSINATURA:	
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:	
HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	
ASSINATURA:	ASSINATURA:	ASSINATURA:	ASSINATURA:	
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:	
HORA:	HORA:			
ASSINATURA:	ASSINATURA:	ASSINATURA:	ASSINATURA:	