

ESTE DOCUMENTO É DE USO INTERNO DA UNIDADE, POR FAVOR, AO SAIR DEIXE-O NA RECEPÇÃO. PODENDO A CÓPIA SER SOLICITADA PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL POSTERIORMENTE.

SINAIS VITAIS/ DADOS CLÍNICOS – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

HORÁRIO	PA	GLICEMIA	FC	FR	SO2%

EVOLUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (ENFERMAGEM, S.SOCIAL, ODONTO, OUTROS PROFISSIONAIS)

AVALIAÇÃO MÉDICA SECUNDÁRIA

CONDIÇÕES DE ALTA MÉDICA:

- ☐ COM MEDICAÇÃO ESPECÍFICA, (TRATAMENTO DOMICILIAR)
☐ COM RECOMENDAÇÕES/ ORIENTAÇÕES
☐ ÓBITO – Data ____/____/____ Horário: ____:____h
☐ Internação Clínica
☐ Atestado para ____ dias. CID-10: ____ (c/ autorização do paciente)
☐ TRANSFERÊNCIA PARA: _____

Médico responsável pelas condições de alta descritas
acima: _____

CONDIÇÕES DE SAÍDA SEM ALTA MÉDICA:

☐ EVASÃO – IDENTIFICADA ÀS: ____h____

☐ DESISTÊNCIA:

Declaro estar ciente dos riscos inerentes à interrupção do tratamento e assumo a responsabilidade por esse ato, não tendo nada mais a reclamar, firmo o presente Termo, que vai devidamente assinado

Termo De Desistência