

GOVERNO DO ESTADO DO PARA PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REFERÊNCIA

SECRETARIA MUN. DE SAÚDE, SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE

DO: PARA: IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA: IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: ZONA: URB. RUR. RESPONSÁVEL. PARENTESCO: FONE:		AND WELLS. IN CO.	FICHA DE REFERI	ENCIA
NOME:	1	Paragraphic seasons () see	2	- John Markett State (1996) - John State (1996) - State (1996) - John State (1996) - J
NOME: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: COUPAÇÃO: RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR. RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE: MOTIVO MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: ESTADO CIVIL: CONTRA REFERÊNCIA NOME: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: COUPAÇÃO: NATURAL: COUPAÇÃO: FONE: ENDEREÇO: FONE: ENDEREÇO: FONE: ENDEREÇO: FONE: ENDEREÇO: FONE: ENDEREÇO: FONE: ENDEREÇO: ENDE	\geq		——— IDENTIFICAÇÃO —	
DADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: COUPAÇÃO: NATURAL: ZONA: URB. RUR. RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE: MOTIVO MOTIVO MOTIVO MATRÍCULA: IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: TONA: URB. RUR. RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE: TONA: URB. RUR. RESPONSÁVEL: PARENTESCO: TONA: URB. RUR. RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE: TONA: URB. RUR. RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE: TONA: URB. RUR. RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE: TONA: URB. RUR. RUR. RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE: TONA: URB. RUR. RUR		year		MATRÍCULA
2 OCUPAÇÃO:		NOME:		MATRICULA:
RESPONSÁVEL: ENDEREÇO: MOTIVO MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: TOENTIFICAÇÃO MATRÍCULA: DO: PARA: NOME: DADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: NATURAL: RESPONSÁVEL: ENDEREÇO: MOTIVO MATRÍCULA: DADE: PARENTESCO: RESIDÊNCIA: RESPONSÁVEL: ENDEREÇO: MOTIVO DATA: HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: NATURAL: RESPONSÁVEL: DATA: MOTIVO DATA: HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: RESPONSÁVEL SEMI-CONSCIENTE NOTIVO MOTIVO: OBSERVAÇÃO NAO INTERNADO MOTIVO: MOTIVO: MOTIVO: NAO INTERNADO				
RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE:	2	OCUPAÇÃO:	NATURAL:	ZONA, URB C BUB C
MOTIVO MOTIVO MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: CONTRA REFERÊNCIA CONTRA REFERÊNCIA DO: PARA: IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA: IDADE: SEXO: MASC. FEM ESTADO CIVIL: OCUPAÇÃO: NATURAL: ZÓNA: URB RUR. RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE: ENDEREÇO: MOTIVO DATA: / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CONSCIENTE RESENTES AO CHEGAR: OBSERVAÇÃO MOTIVO: MOTIVO: MOTIVO: NÃO INTERNADO	. 11			
MOTIVO MOTIVO MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: CONTRA REFERÊNCIA DO: PARA: IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA: IDADE: SEXO: MASC. FEM STADO CIVIL: OCUPAÇÃO: NATURAL: RESPONSÁVEL: PARENTESCO: ENDEREÇO: FONE: DATA: / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ACOMPANHADO DESACOMPANHADO ATA: / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA ONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ACOMPANHADO DESACOMPANHADO INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS PRESENTES AO CHEGAR: OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO	1			
MOTIVO MOTIVO MOTIVO MOTIVO CONTRA REFERÊNCIA 1 DO: PARA: IDENTIFICAÇÃO	- 12			FONB:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: CONTRA REFERÊNCIA DO:	<u></u>		— MOTIVO —	dps.s
CONTRA REFERÊNCIA Do:	$\overline{}$	3 K 2 K 20 M M M 10		A COUNTRY OF A COUNTRY
CONTRA REFERÊNCIA DO:	i.	MOTIVO DO ENCAMINHAME	ENTO:	
CONTRA REFERÊNCIA DO:	~			
CONTRA REFERÊNCIA DO:	3			
DO: PARA: DO: DATA:			9	6 or 7 St \$4 C. ta
DO: PARA: DO: DATA:				
DO: PARA: DO: DATA:	\sim		2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	61.2
DO: PARA: IDENTIFICAÇÃO				
IDENTIFICAÇÃO			CONTRA REFERÊN	CIA
IDENTIFICAÇÃO		2		
IDENTIFICAÇÃO		- 10 V V NOW	,50 m = 10	
IDENTIFICAÇÃO	Ties.	DO:		
NOME:	<u>a</u>	PARA:		
NOME:			IDENTIFICAÇÃO	
IDADE:		NOME:	IDDITITIONS	MATRÍCULA:
OCUPAÇÃO:		IDADE:	SEXO: MASC. FEM. ESTAD	O CIVIL:
RESIDÊNCIA:		OCUPAÇÃO:	NATURAL:	
RESPONSÁVEL:	4			
ENDEREÇO:		RESPONSÁVEL:	- Carlotte and Carlotte and	
MOTIVO DATA: / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CONSCIENTE INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS PRESENTES AO CHEGAR:	200			
DATA: _ / _ HORA _ RESPONSÁVEL ASSINATURA _ CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: _ ACOMPANHADO _ DESACOMPANHADO _ CONSCIENTE _ INCONSCIENTE _ SEMI-CONSCIENTE _ MORTO - SINTOMAS E SINAIS PRESENTES AO CHEGAR: _ NÃO INTERNADO _ MOTIVO: _ MOTIVO:	1	ENDERECO:	Commence of the second	
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ACOMPANHADO DESACOMPANHADO ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS PRESENTES AO CHEGAR: OBSERVAÇÃO MOTIVO:		ENDEREÇO:	ty anger english agreement and a second	
3 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS PRESENTES AO CHEGAR: OBSERVAÇÃO MOTIVO:		ENDEREÇO:	MOTIVO —	
☐ INCONSCIENTE ☐ SEMI-CONSCIENTE ☐ MORTO - SINTOMAS E SINAIS PRESENTES AO CHEGAR: OBSERVAÇÃO		DATA:/ HO	MOTIVO —	FONE:
PRESENTES AO CHEGAR: OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO MOTIVO:	3	DATA:/ HOLLONDIÇÕES DE CHEGADA	RA RESPONSÁVEL ASSINATURA A DO PACIENTE: A COMPANHADO	FONE:
OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO MOTIVO:	3	DATA: / / HOCONDIÇÕES DE CHEGADA	RA RESPONSÁVEL ASSINATURA A DO PACIENTE:	FONE: DESACOMPANHADO CARREGADO CONSCIENTE
MOTIVO:	3	DATA:/ HO: CONDIÇÕES DE CHEGADA ANDANDO NORMAL INCONSCIENTE	RA RESPONSÁVEL ASSINATURA A DO PACIENTE:	FONE: DESACOMPANHADO CARREGADO CONSCIENTE
	3	DATA:/ HO: CONDIÇÕES DE CHEGADA ANDANDO NORMAL INCONSCIENTE	RA RESPONSÁVEL ASSINATURA A DO PACIENTE:	FONE: DESACOMPANHADO CARREGADO MORTO - SINTOMAS E SINAIS
	3	DATA:/ HO. CONDIÇÕES DE CHEGADA ANDANDO NORMAL INCONSCIENTE PRESENTES AO CHEGAR:	MOTIVO — RA RESPONSÁVEL ASSINATURA A DO PACIENTE: ACOMPANHADO APOIADO ANDANDO APOIADO SEMI-CONSCIENTE	FONE: DESACOMPANHADO CARREGADO MORTO - SINTOMAS E SINAIS
11		DATA:/ HO. CONDIÇÕES DE CHEGADA ANDANDO NORMAL INCONSCIENTE PRESENTES AO CHEGAR:	MOTIVO — RA RESPONSÁVEL ASSINATURA A DO PACIENTE: ACOMPANHADO APOIADO ANDANDO APOIADO SEMI-CONSCIENTE	FONE: DESACOMPANHADO CARREGADO MORTO - SINTOMAS E SINAIS NÃO INTERNADO
		DATA:/ HO. CONDIÇÕES DE CHEGADA ANDANDO NORMAL INCONSCIENTE PRESENTES AO CHEGAR:	MOTIVO — RA RESPONSÁVEL ASSINATURA A DO PACIENTE: ACOMPANHADO APOIADO ANDANDO APOIADO SEMI-CONSCIENTE	FONE: DESACOMPANHADO CARREGADO MORTO - SINTOMAS E SINAIS NÃO INTERNADO

Т	DADOS CLÍNICOS			
	QUEIXA PRINCIPAL:			
-	TEMPO DE DOENÇA DIAS DATA DE INÍCIO:/_/ FORMA DO INÍCIO: ☐ SÚBITO ☐ INCIDIOSO EVOLUÇÃO: ☐ RÁPIDA ☐ LENTA			
	HISTÓRIA DE CONTÁGIO: DOMICILIAR EXTRADOMICILIAR GIGNORADO PRÉ-NATAL: SIM NÃO			
	ORIGEM DE GESTAÇÃO: GIGNORADO Nº DE ABORTOS: TOXEMIA PRESENTE: SIM NÃO			
1	ANATOX TETÂNICO: 🔲 DOSE COMPLETA 📋 DOSE INCOMPLETA 🔲 NENHUMA — TRATAMENTO PARA SÍFILIS 🗌 SIM 🔲 NÃO			
- 1	HEMORRAGIA: SIM NÃO TEMPO DE GESTAÇÃO: SEMANAS ALTURA DO FUNDO DO ÚTERO cm. BFF/min:			
- 1				
1	SITUAÇÃO DO FETO 🔲 LONGITUDINAL 🗎 TRANSVERSAL APRESENTAÇÃO DO FETO 🔲 CEFÁLICA 🗎 CÓRMICA PÉLVICA			
.	SINTOMAS E SINAIS INICIAS E/OU ATUAIS:			
1				
1				
1				
1	TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO:			
1				
1	NA UNID, DE SAÚDE:			
1	ATTENNAL ATTENNA AND RESEARCH A			
1	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:			
	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:			
L				
T	EXAMES COMPLEMENTARES TIDAGEM SANGUÍNEA: DH ARO HEMÁCIAS			
	TIPAGEM SANGUÍNEA: RH ABO			
l	VDRL: PESQUISA DE BAAR (ESCARRO) FEZES (DIR): URINA: PROTEÍNAS: SUBS. REDUTORAS: SEDIMENTOS			
T	RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO —			
1				
1				
1	NOME CARIMBO CARGO CRM DATA			
	CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA:			
	TRATAMENTO(S) INSTITUÍDO(S):			
	INTERCORRÊNCIAS:			
	INTERCORRENCIAS:			
	SUGESTÕES PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO:			
T	INTERNAÇÃO			
3	ADMISSÃO: DATA/_/ HORA:LEITO:CLÍNICA: GINECO-OBSTÉTRICA , PEDIÁTRIC			
	☐ MÉDICA ☐ CIRÚRGICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐ TIPO DE GESTAÇÃO: ☐ ÚNICA ☐ DUPLA ☐ MÚLTIPLA			
1	THE DECK TORONOICA TO SUCCESSION TO SUCCESSI			
	☐ COM EPISIOTEMIA ☐ CESÁRIA			
9	TIPO DO PARTO: NORMAL SEM EPISIOTEMIA DISTÓCICO INDICAÇÃO INDICAÇÃO			
1	☐ LACERAÇÃO ☐ FORCEPS			
	COMPLICAÇÕES: DECLÂNPSIA DEMORRAGIA DINFECÇÃO PUERPERAL DUTROS			
	CONDIÇÕES DO FETO: VIVO NATIMORTO NEOMORTO ALTA: DATA: / / HORA:			
1	TIPO DE ALTA: CURADO MELHORADO OBITO TRANSFERÊNCIA A PEDIDO FUGA OUT			
	THO DE ACTA: LICURADO LI MECHORADO LIOBITO LI TRANSPERENCIA LI A FEDIDO LIPORA LIOOT			
_				
,				
1	ACCUSATION TO MANAGO ACCUSTOMENTO CARRANDO CAMA ACCUSATOR OF DESCRIPTION OF DESCR			
- 1	ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE CARIMBO SAM ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL			