

PREFEITURA DE CASTANHAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COORD. DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UPA PORTE III CASTANHAL GOVERNADOR ALMIR GABRIEL BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

CONSULTÓRIO:	
Nº	



Nº REGISTRO UPA: CNS/CPF:			Recepcionista:						
NOME:									
	L (Decreto № 8.727/20:	16):							
DATA NASCIN			IDADE:	9	SEXO: ()M	()F			
MÃE/RESPON			 _		- ()	,			
ENDEREÇO:				Nº I	BAIRRO:				
MUNICÍPIO/U	JF:			TELEFONE		/			
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:									
○ HAS ○ NEFROPATIA ○ TRAUMA HÁ: ○ ACID. T ○ DIABETES ○ CARDIOPATIA ○ ACID. DE TRABALHO Tipo: ○ GESTANTE ○ ATAQUE DE ANIMAL AGRESSÃO: ○ FÍSICA ○ FAF ○ FAB ○ REAÇÃO ALÉRGICA MEDICAMENTOSA:					Tipo:	ÂNSITO:			
<u> </u>): VERMELI	HO OAMA	RELO VEI	RDE AZUI				
PA: mm Hg	Glicemia: mg/dl	FR: ipm	FC: bpm	SAT: SpO ₂ %	TEMP: °C	PESO (KG)			
		Δ	VALIAÇÃO MÉDI	CA					
QP/ HDA/ EF:									
DATA HO		RIÇÃO MÉDICA (I	MEDICAÇAO, EXA PRESCRIÇÃO	AMES, PROCEDIN		RIO REALIZADO			
ASSINATURA F	DO PACIENTE OU	RESPONSÁVEI · –	→						

SINAIS VITAIS/ DADOS CLÍNICOS – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

HORÁRIO	PA	GLICEMIA	FC	FR	SO2%	
EVOLUÇÃO DA I	EQUIPE MULTIDIS	SCIPLINAR (ENFERMAGEM	, S.SOCIAL,	ODONTO, OUTROS PR	OFISSIONAIS)	
						
,						
		AVALIAÇÃO MÉDICA	SECUNDA	RIA		
CONDIÇÕES DE ALTA MÉDICA:			COND	IÇÕES DE SAÍDA SEM A	LTA MÉDICA:	
COM MEDICACÂ	ĂO ESPECÍFICA.	TRATAMENTO DOMICILIAR)		VASÃO – IDENTIFICADA ÀS	S: h	
	DAÇÕES/ ORIENTA	:		VASAO IDENTIFICADA AS	··''	
	// Horári			ESISTÊNCIA:		
Internação Clínic				LOIDTENOIA.		
		: (c/ autorização do paciente	e) Declaro	Declaro estar ciente dos riscos inerentes à interrupção do		
☐ TRANSFERÊNCI	A PARA:			nto e assumo a responsabilidad is a reclamar, firmo o presente T		
			assinado			
Médico responsáve	I pelas condições de	e alta descritas				

Termo De Desistência

acima: