

LIVRO DE SUTURA E CURATIVO (E DEMAIS PROCEDIMENTOS)

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CARTÃO SUS OU CPF: _____	D. NASC: __/__/__
NOME DO PACIENTE:			Nº DO P.A.: _____
NOME DA MÃE:			IDADE: _____
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):			
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓		DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
SUTURA <input type="checkbox"/>			
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO <input type="checkbox"/>			
IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>			
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ <input type="checkbox"/>			
REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/>			
LAVAGEM OLHO/OUVIDO <input type="checkbox"/>		MÉDICO/CRM RESP: _____	TÉC. ENF: _____

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CARTÃO SUS OU CPF: _____	D. NASC: __/__/__
NOME DO PACIENTE:			Nº DO P.A.: _____
NOME DA MÃE:			IDADE: _____
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):			
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓		DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
SUTURA <input type="checkbox"/>			
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO <input type="checkbox"/>			
IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>			
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ <input type="checkbox"/>			
REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/>			
LAVAGEM OLHO/OUVIDO <input type="checkbox"/>		MÉDICO/CRM RESP: _____	TÉC. ENF: _____

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CARTÃO SUS OU CPF: _____	D. NASC: __/__/__
NOME DO PACIENTE:			Nº DO P.A.: _____
NOME DA MÃE:			IDADE: _____
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):			
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓		DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
SUTURA <input type="checkbox"/>			
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO <input type="checkbox"/>			
IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>			
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ <input type="checkbox"/>			
REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/>			
LAVAGEM OLHO/OUVIDO <input type="checkbox"/>		MÉDICO/CRM RESP: _____	TÉC. ENF: _____

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CARTÃO SUS OU CPF: _____	D. NASC: __/__/__
NOME DO PACIENTE:			Nº DO P.A.: _____
NOME DA MÃE:			IDADE: _____
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):			
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓		DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
SUTURA <input type="checkbox"/>			
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO <input type="checkbox"/>			
IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>			
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ <input type="checkbox"/>			
REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/>			
LAVAGEM OLHO/OUVIDO <input type="checkbox"/>		MÉDICO/CRM RESP: _____	TÉC. ENF: _____

LIVRO DE SUTURA E CURATIVO (E DEMAIS PROCEDIMENTOS)

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CARTÃO SUS OU CPF: _____	D. NASC: __/__/__
NOME DO PACIENTE:			Nº DO P.A.: _____
NOME DA MÃE:			IDADE: _____
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):			
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓		DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
SUTURA <input type="checkbox"/>			
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO <input type="checkbox"/>			
IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>			
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ <input type="checkbox"/>			
REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/>			
LAVAGEM OLHO/OUVIDO <input type="checkbox"/>		MÉDICO/CRM RESP: _____	TÉC. ENF: _____

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CARTÃO SUS OU CPF: _____	D. NASC: __/__/__
NOME DO PACIENTE:			Nº DO P.A.: _____
NOME DA MÃE:			IDADE: _____
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):			
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓		DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
SUTURA <input type="checkbox"/>			
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO <input type="checkbox"/>			
IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>			
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ <input type="checkbox"/>			
REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/>			
LAVAGEM OLHO/OUVIDO <input type="checkbox"/>		MÉDICO/CRM RESP: _____	TÉC. ENF: _____

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CARTÃO SUS OU CPF: _____	D. NASC: __/__/__
NOME DO PACIENTE:			Nº DO P.A.: _____
NOME DA MÃE:			IDADE: _____
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):			
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓		DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
SUTURA <input type="checkbox"/>			
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO <input type="checkbox"/>			
IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>			
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ <input type="checkbox"/>			
REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/>			
LAVAGEM OLHO/OUVIDO <input type="checkbox"/>		MÉDICO/CRM RESP: _____	TÉC. ENF: _____

DATA: __/__/__	HORA: __: __ h	CARTÃO SUS OU CPF: _____	D. NASC: __/__/__
NOME DO PACIENTE:			Nº DO P.A.: _____
NOME DA MÃE:			IDADE: _____
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):			
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓		DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
SUTURA <input type="checkbox"/>			
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO <input type="checkbox"/>			
IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>			
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ <input type="checkbox"/>			
REMOCAO DE CERUMEN <input type="checkbox"/>			
LAVAGEM OLHO/OUVIDO <input type="checkbox"/>		MÉDICO/CRM RESP: _____	TÉC. ENF: _____