

PREFEITURA DE CASTANHÁL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
UPA 24h "GOV. ALMIR GABRIEL"
FOLHA DE SINAIS VITAIS

TÉC ENF: _____ DATA: ____/____/____

NOME		NOME	
HD		HD	
HORA		HORA	
PA		PA	
TEMP		TEMP	
DEXTRO		DEXTRO	
FC		FC	
FR		FR	
DIURESE		DIURESE	
SPO2		SPO2	

NOME		NOME	
HD		HD	
HORA		HORA	
PA		PA	
TEMP		TEMP	
DEXTRO		DEXTRO	
FC		FC	
FR		FR	
DIURESE		DIURESE	
SPO2		SPO2	

NOME		NOME	
HD		HD	
HORA		HORA	
PA		PA	
TEMP		TEMP	
DEXTRO		DEXTRO	
FC		FC	
FR		FR	
DIURESE		DIURESE	
SPO2		SPO2	

NOME		NOME	
HD		HD	
HORA		HORA	
PA		PA	
TEMP		TEMP	
DEXTRO		DEXTRO	
FC		FC	
FR		FR	
DIURESE		DIURESE	
SPO2		SPO2	