

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

	ΓÓRIO:	CONS
Nº		Nº



DATA:/ HORA::h											
Nº REGIS	Nº REGISTRO UPA:										
NOME:											
		(Decreto № 8	3.727/201	6):							
DATA NA				/	IDADE:	S	SEXO: ()M	()F			
MÃE/RESPONSÁVEL:											
ENDEREÇO: № BAIRRO: MUNICÍPIO/UF: TELEFONE: /											
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:											
○ HAS				NEFROPATIA	. TRΔ	UMA HÁ:	O ACID. TR	ÂNSITO:			
ODIAB	ETES		_	CARDIOPATIA		D. DE TRABALHO	Tipo:	ANSITO.			
		○ ATAC	\sim		RESSÃO: O FÍSICA	A OFAF	FAB				
REA	ÇÃO A	LÉRGICA	MEDI	CAMENTOSA:							
	(CLASSIFIC	AÇÃO:	○ VERMELI	HO OMA	RELO VEF	RDE 🔘 AZUI	L			
PA: mm	Hg	Glicemia:	: mg/dl	FR: ipm	FC: bpm	SAT: SpO₂%	TEMP: °C	PESO (KG)			
	l										
				P	VALIAÇÃO MÉDI	CA					
QP/ HDA	/ EF:										
					~						
					MEDICAÇÃO, EXA						
DATA	HOR		OR GE	NTILEZA, ESPECI	FICAR TRAUMAS I PRESCRIÇÃO	E FRATURAS/CON		RIO REALIZADO			
DATA	ПОР	A			PRESCRIÇÃO		HORA	INIO REALIZADO			
-											
-											

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: → __

SINAIS VITAIS/ DADOS CLÍNICOS – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

HORÁRIO	PA	GLICEMIA	FC	FR	SO2%
EVOLUÇÃO DA	EQUIPE MULTIDISC	CIPLINAR (ENFERMA	GEM, S.SOCIAL, C	DONTO, OUTROS P	ROFISSIONAIS)
———					\longrightarrow
		AVALIAÇÃO NAI	ÉDICA SECUNDÁD	14	
		AVALIAÇAU IVII	ÉDICA SECUNDÁR	IA	
					J
CONDIÇÕES DE AL	TA MÉDICA:		CONDI	ÇÕES DE SAÍDA SEM	ALTA MÉDICA:
	ÃO ESPECÍFICA, (T IDAÇÕES/ ORIENTAÇ	LIAR) EV	ASÃO – IDENTIFICADA À	\S:h	
	// Horário		☐ DE	SISTÊNCIA:	
Atestado para _	dias. CID-10:	tratament	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		
Médico responsáve	el pelas condições de				

Termo De Desistência