

HOSPITAL MUNICIPAL PIMENTAS BONSUCESSO

FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
NEUROLÓGICO:	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	GCS: AO: RV: RM:
RESPIRATÓRIO:	<input type="checkbox"/> MV PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES RELEVANTES:	
CARDIO:	<input type="checkbox"/> RITMO CARDÍACO REGULAR EM DOIS TEMPOS
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES RELEVANTES:	
ABDOMÊN:	<input type="checkbox"/> FLÁCIDO INDOLOR RHA+ SEM VISCEROMEGALIA
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES RELEVANTES:	
EXTREMIDADES:	PULSO: <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE
PERFUSÃO: <input type="checkbox"/> ADEQUADA <input type="checkbox"/> INADEQUADA	EDEMA: <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE
OUTROS ACHADOS DO EXAME FÍSICO:	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	CID:
CONDUTA:	
MÉDICO:	
AVALIAÇÃO DA ESPECIALIDADE	
<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> GINECOLOGIA <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA
REAValiação:	
MÉDICO:	
ENCAMINHAMENTO:	<input type="checkbox"/> ALTA – HORA:
<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	ATESTADO MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANTOS DIAS:
<input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	ORIENTAÇÕES DE RETORNO SE SINAIS DE ALERTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> SITOR AMARELO	RECEITA MÉDICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	MÉDICO:
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
ENFERMAGEM:	