



## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA



Reg. Nº \_\_\_\_\_ Atendimento: ( ) Adulto ( ) Pediátrico ( ) Odontológico ( )

Recepcionista: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: CEMEC

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_h \_\_\_\_min

Informações prestadas pelo(a) paciente e ou acompanhante:

Nome:

Idade:

Data de Nascimento:

Sexo:

( ) M - Masculino ( ) F - Feminino ( ) I - Ignorado

Raça/Cor:

( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena

Cartão SUS/CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Nome da Mãe:

RG Nº:

Telefone Celular:

Endereço:

Nº:

CEP:

Bairro:

Município:

UF:

Acompanhamento:

Parentesco:

Procedência:

Meio de Transporte:

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

COR: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL/HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Vacinas Autorizada: ( ) Sim ( ) Não

Cartão de Vacinas: ( ) Sim ( ) Não

ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

( ) HIPERTENSÃO

( ) TABAGISMO

( ) ASMA

( ) DIABETES

( ) ETILISMO

( ) DPOC

( ) IAM

( ) DROGAS

( ) ALERGIAS

( ) AVC

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO

Geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave ( ) Gravíssimo

SATURAÇÃO \_\_\_\_\_ %

P.A.: \_\_\_\_\_ mm/Hg

FC: \_\_\_\_\_ bpb

HGT: \_\_\_\_\_ Mg/dl

T°C: \_\_\_\_\_

TPC: \_\_\_\_\_ seg

PESO: \_\_\_\_\_ Kg

Cabeça e Pescoço:

ACV:

AP:

Abdômen:

Exame neurológico:

Extremidades:

Outros:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

**EXAMES SOLICITADOS**

( ) HEMOGRAMA ( ) SUMÁRIO DE URINA ( ) BIOQUÍMICA ( ) ENZIMAS CARDÍACAS ( ) TRH HIV ( ) TR SÍFILIS  
( ) EGC \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_

**PLANO TERAPÊUTICO INICIAL****ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

( ) SUTURA ( ) DRENAGEM DE ABSCESSO ( ) CURATIVO ( ) VAT ( ) VARH DOSE ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª ( ) 4ª OUTRO \_\_\_\_\_

**DESTINO DO PACIENTE**

( ) ALTA COM MEDICAÇÃO APLICADA	( ) ALTA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
( ) OBSERVAÇÃO EM SALA AMARELA	( ) OBSERVAÇÃO EM SALA VERMELHA
( ) ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA	( ) ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADE
( ) TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO SERVIÇO	SERVIÇO: _____ SENHA: _____
( ) ÓBITO Data: ____/____/____ às ____h ____min	( ) ENCAMINHAMENTO PARA SVO/IML
( ) EVASÃO	( ) OUTROS: _____
( ) ATESTADO MÉDICO/DENTISTA DE _____ DIAS	( ) CID-10: _____

( ) ASSINATURA E CONSELHO PROFISSIONAL

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ( ) Automóvel ( ) Ônibus ( ) Moto ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Fator de Proteção: ( ) Cinto ( ) Capacete

( ) Indo ( ) Voltando do Trabalho

Modo: ( ) Atropelamento ( ) Colisão ( ) Capotagem ( ) Outra: \_\_\_\_\_

ACIDENTE DE TRABALHO: ( ) Construção Civil ( ) Indústria ( ) Agricultura ( ) Comércio ( ) Outro: \_\_\_\_\_

OUTRO TIPO: ( ) Intoxicação ( ) Queda ( ) Afogamento ( ) Queimaduras ( ) Choque Elétrico ( ) Outro: \_\_\_\_\_

AGRESSÃO: ( ) PAF ( ) Arma Branca ( ) Espancamento ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Modo: ( ) Asalto ( ) Briga ( ) Ação Policial ( ) Agressão Sexual ( ) Outro: \_\_\_\_\_

AUTO AGRESSÃO: ( ) Suicídio ( ) PAF ( ) Enforcamento ( ) Drogas ( ) Queda do Nível ( ) Outro: \_\_\_\_\_

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ( ) Via Pública ( ) Domicílio ( ) Ambiente de Trabalho ( ) Escola ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA SAÍDA SEM AUTORIZAÇÃO MÉDICA**

Reponsabilizo-me por qualquer situação referente a estabilidade saúde da criança pela qual sou responsável e/ou pela minha estabilidade de saúde, após a minha saída deste ambiente hospitalar. Retiro que quaisquer fatos que ocorrem são de minha inteira responsabilidade.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_

RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_