



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Reg. Nº _____ Atendimento: () Adulto () Pediátrico () Odontológico ()

Repcionista:

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Unidade de Saúde: CEMEC | Data: ____ / ____ / ____ | Horário: ____ h ____ min |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

Informações prestadas pelo(a) paciente e ou acompanhante:

| | | |
|-------|--|--------|
| Nome: | | Idade: |
|-------|--|--------|

| | | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data de Nascimento: | Sexo: <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado | Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|-----------------|------------|---------------|
| Cartão SUS/CPF: | Profissão: | Estado Civil: |
|-----------------|------------|---------------|

| | | |
|--------------|--------|-------------------|
| Nome da Mãe: | RG Nº: | Telefone Celular: |
|--------------|--------|-------------------|

| | | |
|-----------|-----|------|
| Endereço: | Nº: | CEP: |
|-----------|-----|------|

| | |
|---------|------------|
| Bairro: | Município: |
|---------|------------|

| | |
|-----------------|-------------|
| Acompanhamento: | Parentesco: |
|-----------------|-------------|

| | |
|--------------|---------------------|
| Procedência: | Meio de Transporte: |
|--------------|---------------------|

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

COR: _____

QUEIXA PRINCIPAL/HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Vacinas Autorizada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Cartão de Vacinas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

| | | |
|-----------------|---------------|--------------|
| () HIPERTENSÃO | () TABAGISMO | () ASMA |
| () DIABETES | () ETILISMO | () DPOC |
| () IAM | () DROGAS | () ALERGIAS |
| () AVC | () _____ | () _____ |

ANTECEDENTES MÓBIDOS FAMILIARES

| | | |
|-----------|-----------|-----------|
| () _____ | () _____ | () _____ |
|-----------|-----------|-----------|

EXAME FÍSICO

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo | SATURAÇÃO: _____ % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

| | | | | | |
|-------------------|---------------|------------------|------------|----------------|----------------|
| P.A.: _____ mm/Hg | FC: _____ bpb | HTG: _____ 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 () 1^a () 2^a () 3^a () 4^a 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: ____ / ____ / ____ ás ____ 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

Responsabilizo-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: _____