



RELATÓRIO DE ALTA

Nome da unidade: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA					Codigo da	unidade:	Clinica: SEOF I
N° do paciente:					Nº prontuário:		
Endereço:					Telefone:		
Procedência:						N° da AⅡ	-1
Nome do segurado	0						
Endereço:					Telefone:	Relação c	com o paciente:
Internação/início do tratamento: A		Alta		Retorno:		Dias Int:	
Em:		Em:		Em:		Dias trat:	
				<u>l</u>			
С	D		DIAGNÓSTICO E	DEFINITIVO PRI	NCIPAL		
С	C D		DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 1				
С	D		DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 2				
С	D		DIAGNÓSTICO A	ACESSÓRIO 3			
Tratamento ou ope	eração realizada:						
Achado cirúrgico:							
Preencher em caso	o de tratamento fora de	o domic	cílio nº (TFD):				
- Transporte recomendável:				Justificar:			
- Necessita de complementação de tratamento:				() SIM			
- Nesta unidade				() SIM		() NÃO	
- No órgão de origem				() SIM			
Outras recomenda	ıções:						
Data:							
Data.					MÉDICO	ASSISTE	NTE

SES HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

Nº do Paciente:		Nº Prontuário:	
Data da operação:	ENF:	LEITO:	
Operador:		1° Auxiliar:	
2º Auxiliar	3° Auxiliar	Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo de anestesia:	
Diagnóstico pré operatório:			
Tipo de operação: INJEÇÃO	O INTRAVÍTREA () OI)	
	() OI	3	
Diagnóstico pós operatório:			
Relatório imediato do patolog	gista:		
Exame radiológico no ato:			
Acidente durante a operação:			
	DESCRIÇÃO	DA OPERAÇÃO	
VIA DE ACES	SO - TÁTICA E TEC. LIGADURAS DRE	ENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPRE	GADO - ASPECTO
1. ASSEPSIA E ANTISSEPS	SIA COM PVPI TÓPICO		
2. BLEFAROSTATO E CAM	IPO FENESTRADO		
3. INJEÇÃO INTRAVÍTREA	A DE 0,1 ML ANTIVEGF A 4 MM	M DO LIMBO TEMPORAL SUPER	IOR
4. COLÍRIO ANTIBIÓTICO	ı		



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Carimbo do Médico					
icú - Fortaleza - CE					
Prescrição: USO OCULAR					
1) CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 3,5MG + DEXAMETASONA 1MG 01 FRASCO					
PERADO DE 6/6 HORAS DURANTE 05 DIAS					
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR					
 ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA//					



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



	FARMACTA	

2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO				
Nome completo:				
CRM: UF <u>CE</u>				
Endereço: Hospital Geral de Fortaleza - HGF Cidade: Fortaleza UF: CE Telefone: 3101-3260 / 3259	 Carimbo do Médico			
Paciente:				
Endereço: Rua Ávila Goulart, 900 - Papicú - Fortaleza - CE				
Prescrição: USO OCULAR				
1) CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 3,5MG + DEXAMETASONA 1MG 01 FRASCO				
- PINGAR 01 (UMA) GOTA NO OLHO OPERADO DE 6/6 HORAS DURANTE 05 DIAS				
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR			
NOME:				
RG:				
CIDADE:				
TEELI ONE	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA/_/_			