



RELATÓRIO DE ALTA

| Nome da unidade: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA | | | | | | unidade: | Clinica: SEOF I | |
|--|-------------------------|---------|----------------------------------|-------------------------|--------|-------------------------|-----------------|--|
| N° do paciente: | | | | | | Nº prontuário: | | |
| Endereço: Telefon | | | | | | - | | |
| Procedência: | | | | | | № da AIH | | |
| Nome do segurado | 0 | | | | | | | |
| Endereço: | | | | Telefone: | | Relação com o paciente: | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Internação/início do tratamento: | | Alta | | Retorno: | | Dias Int: | | |
| Em: | | Em: | | Em: | | Dias trat: | | |
| | | | | <u>l</u> | | | | |
| С | D | | DIAGNÓSTICO DEFINITIVO PRINCIPAL | | | | | |
| | | | | | | | | |
| C D | | | DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 1 | | | | | |
| | | | | | | | | |
| С | C D | | | DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 2 | | | | |
| | | | | | | | | |
| С | D DIAGNÓS T | | | 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: | 1° Auxiliar: | | | | |
| 2º Auxiliar | 3° Auxiliar | Instrumentador: | | | | | |
| Anestesista: | | Tipo de anestesia: | 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 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |