



RELATÓRIO DE ALTA

Nome da unidade: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA				Código da unidade:		Clínica: SEOFT	
N° do paciente: N° prontuá				rio:			
Endereço:	Endereço: Telefone:						
Procedência:				Nº da AIH			
Nome do segurado							
Endereço: Telefone:				Telefone:	Relação com o paciente:		
Internação/início do tratamento:		Alta		Retorno:		Dias Int:	
Em:		Em:		Em:		Dias trat:	
						!	
С	D		DIAGNÓSTICO DEFINITIVO PRINCIPAL				
С	D		DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 1				
С	D		DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 2				
С	D		DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 3				
Tratamento ou operação realizada: () OD							
() OE							
Achado cirúrgico:							
Preencher em case	o de tratamento fora do	domic	eílio nº (TFD):				
- Transporte recomendável:			Justificar:				
- Necessita de complementação de tratamento:			() SIM				
- Nesta unidade			() SIM () NÃO				
- No órgão de origem () SIM							
Outras recomendações:							
Data:					MÉDICO	ASSISTE	NTE

SES HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

Nº do Paciente:		Nº Prontuário:		
Data da operação:	ENF:	LEITO:		
Operador:		1º Auxiliar:		
2º Auxiliar	3° Auxiliar	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo de anestesia:		
Diagnóstico pré operatório:				
Tipo de operação: INJEÇÃO INTRA	VÍTREA () OD			
	() OE			
Diagnóstico pós operatório:				
Relatório imediato do patologista:				
Exame radiológico no ato:				
Acidente durante a operação:				
	DESCRIÇÃO DA OPI	ERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTIO	CA E TEC. LIGADURAS DRENAGEM - SU	TURA - MATERIAL EMPRE	GADO - ASPECTO	
1. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA COM				
2. BLEFAROSTATO E CAMPO FENESTRADO				
3. INJEÇÃO INTRAVÍTREA DE 0,1 ML ANTIVEGF A 4 MM DO LIMBO TEMPORAL SUPERIOR				
4. COLÍRIO ANTIBIÓTICO				



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



1ª VIA FARMÁCIA

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) FACOBA01 FRASCO				
- PINGAR 01 (UMA) GOTA NO OLHO OPERADO DE 6/6 HORAS DURANTE 05 DIAS				
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR			
NOME:				
RG:				
CIDADE:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA//_			



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



- 1	ıa	$VT\Delta$		1 A C	`T ^
	- ч	VIA	 ARIV	IΑI	. 1 4

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 - Papic	ú - Fortaleza - CE			
Prescrição: USO OCULAR				
1) FACOBA 01 FRASCO				
- PINGAR 01 (UMA) GOTA NO OLHO OPERADO DE 6/6 HORAS DURANTE 05 DIAS				
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR			
NOME:				
RG:END:				
CIDADE:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA/_/_			