



RELATÓRIO DE ALTA

Nome da unidade: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA					Código da unidade:		Clínica: SEOFT
N° do paciente: N° p					Nº prontuá	rio:	
Endereço: Telefone:							
Procedência:						№ da AIH	
Nome do segurado	o						
Endereço:			Telefone:		Relação o	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	C D		DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 3				
Tratamento ou op	eração realizada:		()()D			
() 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:		1° 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 FEN					
3. INJEÇÃO INTRAVÍTREA DE 0,1	ML ANTIVEGF A 4 MM DO LIME	BO TEMPORAL SUPER	IOR		
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) MAXIFLOX-D01 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



1ª VIA FARM	1ÁCIA
-------------	-------

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) 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:					
CIDADE:	 ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA/_/_				