

RELATÓRIO DE ALTA

Nome da unidade: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA		Código da unidade:	Clínica: SEOFT
Nº do paciente:		Nº prontuário:	
Endereço:		Telefone:	
Procedência:			Nº da AIH
Nome do segurado			
Endereço:		Telefone:	Relação com o paciente:
Internação/início do tratamento:	Alta	Retorno:	Dias Int:
Em:	Em:	Em:	Dias trat:
C	D	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO PRINCIPAL	
C	D	DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 1	
C	D	DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 2	
C	D	DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 3	
Tratamento ou operação realizada:			
<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OE			
Achado cirúrgico:			

Preencher em caso de tratamento fora do domicílio nº (TFD):			
- Transporte recomendável:		Justificar:	
- Necessita de complementação de tratamento:		<input type="checkbox"/> SIM	
- Nesta unidade		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- No órgão de origem		<input type="checkbox"/> SIM	
Outras recomendações:			
Data:			
_____ MÉDICO ASSISTENTE			



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-D _____ 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: _____	
TELEFONE: _____	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA __/__/__	



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-D _____ 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: _____	
TELEFONE: _____	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA __/__/__	