



RELATÓRIO DE ALTA

Nome da unidade: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA				Código da unidade:		Clínica: SEOFT	
N° do paciente: N° pr				Nº prontuá	rio:		
Endereço: Telefone:							
Procedência: N° da AIH					Н		
Nome do segurado							
Endereço: Telefor				Telefone:	Relação com o paciente:		
•							
Internação/início do tratamento:		Alta		Retorno:		Dias Int:	
Em:		Em:		Em:		Dias trat:	
						!	
С	D D		DIAGNÓSTICO 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 PVPI TÓPICO					
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 FARMACIA	Λ
-----------------	---

2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO MEDICO					
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:END:					
CIDADE:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA//_				



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



1ª VIA FARMÀCIA 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) 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:				
CIDADE:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA//_			