

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:			
<div>() OD</div> <div>() OE</div>			
Achado cirúrgico:			

Preencher em caso de tratamento fora do domicílio nº (TFD):		
- Transporte recomendável:	Justificar:	
- Necessita de complementação de tratamento:	() SIM	
- Nesta unidade	() SIM	() NÃO
- No órgão de origem	() 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) CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 3,5MG + DEXAMETASONA 1MG _____ 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) CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 3,5MG + DEXAMETASONA 1MG _____ 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 __/__/__	