



RELATÓRIO DE ALTA

Nome da unidade: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA Có					Código da	Código da unidade: Clínica: SEOFT		
N° do paciente: N° prontua					rio:			
Endereço: Telefone:								
Procedência:					Nº da AI	N° da AIH		
Nome do segurado	o							
Endereço:					Telefone: Relação com o paciente:			
Internação/início	do tratamento:	Alta	Retorno:		Dias		Dias Int:	
Em:		Em:		Em:		Dias trat:		
						!		
C D			DIAGNÓSTICO DEFINITIVO PRINCIPAL					
С	D		DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 1					
	†							
С	D		DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 2					
C 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	Tipo de operação: INJEÇÃO INTRAVÍTREA () OD					
() OE						
Diagnóstico pós operatório:						
Relatório imediato do patologista:						
Exame radiológico no ato:						
Acidente durante a operação:						
	DESCRIÇÃO DA OPI	ERAÇÃO				
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TEC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - 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 FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇAO 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 - Pap	icú - 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:					
CIDADE:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA//_				



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



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