

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

I - ANAMNESE**Queixa Principal****História Pgressa da Moléstia Atual**Antecedentes Nada digno de nota

a) Pessoais _____

b) Familiares _____

c) Hábitos _____

c) Medicamentos habituais _____

Interrogatório sobre os diversos aparelhos**II - EXAME FÍSICO****Geral****Especial**a) Cabeça / Pescoço _____ NA NDNb) Pele e anexos _____ NA NDNc) Pulmões _____ NA NDNd) Coração _____ NA NDNe) Mamas _____ NA NDNf) Abdômen _____ NA NDNg) Genitourinário _____ NA NDNh) Locomotor _____ NA NDNi) Neurológico _____ NA NDNj) Circulatório _____ NA NDN

NA: Não se Aplica

NDN: Nada Digno de Nota

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

III - EXAMES COMPLEMENTARES

Laboratoriais: NA _____

Ultrassonográfico: NA _____

Radiológico: NA _____

CT / RM: NA _____

Outros: _____

IV - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

V - PLANO TERAPÊUTICO INICIAL

Clínico

Cirúrgico

Proposta inicial _____ | Tempo de internação _____ dias

Meta _____

Data _____ Hora _____ Carimbo / Assinatura do Médico _____

_____/_____/_____

_____:_____