



PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA		ETIQUETA
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () M () F		
REGISTRO:		
ADMISSÃO:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
MOTIVO DO ATENDIMENTO INICIAL (ATENÇÃO MARQUE APENAS O PRINCIPAL)		
☐ Coma ☐ Tosse ☐ Convulsões ☐ Febre ☐ Tontura ☐ Cefaléia ☐ Dor Abdominal ☐ Diarréia ☐ Vômitos ☐ Hemorrágia ☐ Dor Pélvica ☐ Contrações ☐ Dor Torácica ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Dispnéia ☐ Politrauma ☐ TCE Isolado ☐ Fratura ☐ Ferimentos ☐ Disúria ☐ Corrimento ☐ Síncope ☐ Déficit Neurológico ☐ Confusão Mental ☐ Pré-Operatório: _____ ☐ Pós-Operatório: _____ ☐ Outros: _____		
HISTÓRIA CLÍNICA		ANTECEDENTES
		☐ HAS ☐ DM ☐ DPOC ☐ Cirurgias: ☐ Ico ☐ ICC ☐ Asma ☐ AVC ☐ DLP ☐ IRC
		G____ P____ A____
		ALERGIAS
		() SIM () NÃO
EXAME FÍSICO		MEDIÇÕES EM USO:
Estado Geral: () Bom () Regular () Mal		
Neurológico: () Normal () Confuso () Agitado () Inconsciente: Glasgow_____		
EXAMES PRÉVIOS (CITAR DATAS)		
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS		PLANO DIAGNOSTICO E TERAPÊUTICO
1. _____ 4. _____		1. _____ 7. _____
2. _____ 5. _____		2. _____ 8. _____
3. _____ 6. _____		3. _____ 9. _____
		4. _____ 10. _____
CID PRIMÁRIO		5. _____
		6. _____
		ASSINATURA E CARIMBO

MÉDICO: NÃO se esqueça de colocar DATA e HORA em todos os registros Isso é uma proteção para você e seus pacientes.
CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: Art. 69: É vedado ao médico deixar de elaborar o Prontuário Médico para cada paciente.