

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

1. Queixa principal e histórico da condição de saúde atual.

2. Antecedentes pessoais Nada digno de nota (NDN)

3. Exame físico

Alterado? Não Sim

Se sim, qual alteração? _____

4. Realizou exames pré-operatórios?

Não Sim NDN

Laboratoriais Ultrassonografia Radiológico Outros _____

Resultados relevantes: _____

5. Hipótese diagnóstica pré-operatória

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundário: _____

6. Procedimento proposto.

7. Planejamento:

Data do procedimento ____/____/____ Horário ____:____

Data provável da alta ____/____/____

Nome _____

CRM _____ Data ____/____/____ Hora ____:____