

Nome _____	
Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____	
Convênio _____	
Registro _____ Leito _____	

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

2. Antecedentes pessoais: _____

3. Foram avaliados os seguintes aspectos:

☐ Alguma necessidade médica: ☐ Não ☐ Sim

Se sim, descrever: _____

☐ Alguma necessidade psicológica: ☐ Não ☐ Sim

Se sim, descrever: _____

☐ Alguma necessidade Sócio/econômica:
(Medicamentos de alto custo, equipamentos para manutenção de recuperação) ☐ Não ☐ Sim

Se sim, descrever: _____

☐ Alguma necessidade de alta (Fisioterapia, Home Care) ☐ Não ☐ Sim

Se sim, descrever: _____

4. Exame Físico

Alterado? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, descrever: _____

5. Realizou exames pré operatórios? ☐ Não ☐ Sim

☐ Laboratoriais ☐ Ultrassonografia ☐ Radiológico ☐ Outros _____

Resultados relevantes: _____

6. Hipótese diagnóstica

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundário: _____

7. Procedimento proposto:

8. Planejamento:

Data do procedimento: _____ / _____ / _____ Horário: _____ : _____

Data da alta: _____ / _____ / _____

Nome _____		
CRM _____	Data _____ / _____ / _____	Hora _____ : _____