



ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DATA DE ATENDIMENTO: | HORÁRIO: | CARTÃO SUS:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE :

DATA DE NASCIMENTO: | SEXO | R.G.: | IDADE:

MASCULINO | FEMININO

NOME:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

TELEFONE:

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO:

DIAGNÓSTICOS PROVÁVEIS:

RESULTADO EXAMES / PROCEDIMENTOS / TRATAMENTO REALIZADO E INDICADO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

TIPO DE ATENDIMENTO

| | URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
 | | PRONTO ATENDIMENTO
 | | URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ENCAMINHADA
 | | CONSULTA ENCAMINHADA

ENCAMINHAMENTO NA UNIDADE

| | RETORNO NA UNIDADE
 | | ALTA
 | | ÓBITO
 | | AUSENTOU-SE SEM CONSULTA
 | | SADT NA UNIDADE

ENCAMINHAMENTO A OUTRA UNIDADE

| | AMBULATORIAL BÁSICA
 | | URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
 | | AMBULATORIAL ESPECIALIZADA
 | | INTERNAÇÃO
 | | SADT EM OUTRA UNIDADE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

CRM / COREN :

