



## FICHA DE ATENDIMENTO INICIAL

DATA: \_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_  
UBS DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO CRR: \_\_\_\_\_

### I- IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO:  FEMININO  MASCULINO COR: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

LOCAL DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ CPF/RG: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: RUA / AV.: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR: \_\_\_\_\_ TELEFONE COMERCIAL: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

### II- SITUAÇÃO SOCIAL/PREVIDENCIÁRIA

EMPREGADO  DESEMPREGADO  NÃO EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA  
 TRABALHO FORMAL  INFORMAL  OUTRA: \_\_\_\_\_

EM ATIVIDADE  AFASTADO  RECEBE BENEFÍCIO QUAL: \_\_\_\_\_

APOSENTADO  OUTRA: \_\_\_\_\_

RECEBE BPC  OUTROS BENEFÍCIOS SOCIAIS: \_\_\_\_\_

NECESSIDADE DE TRANSPORTE  SIM  NÃO TIPO: \_\_\_\_\_

### III- MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO AO CRR

SERVIÇO QUE ENCAMINHOU: \_\_\_\_\_ DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL QUE ENCAMINHOU: \_\_\_\_\_

VIA DE ACESSO:  SOL  TELEFONE  OUTRA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO AO CRR: \_\_\_\_\_

CAUSAS EXTERNAS:  ACIDENTE DE TRÂNSITO  ACIDENTE DO TRABALHO  FERIMENTO POR ARMAS  OUTROS ACIDENTES:  
QUAL: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO SOLICITADO: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PRÓPRIO PACIENTE:  SIM  NÃO NOME DO ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_ RELAÇÃO OU PARENTESCO: \_\_\_\_\_

#### IV- HISTÓRICO

BREVE HISTÓRICO RELACIONADO À PATOLOGIA / AGRAVO ATUAL:

COMORBIDADES:

|                          |                         |                          |                     |                          |                     |                          |                        |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | HAS                     | <input type="checkbox"/> | DIABETIS            | <input type="checkbox"/> | DOENÇAS DA TIREÓIDE | <input type="checkbox"/> | DOENÇAS REUMATOLÓGICAS |
| <input type="checkbox"/> | TRANSTORNOS MENTAIS     | <input type="checkbox"/> | DOENÇAS ORTOPÉDICAS | <input type="checkbox"/> | OBESIDADE           | <input type="checkbox"/> | DISLIPIDEMIA           |
| <input type="checkbox"/> | TRANSTORNOS ALIMENTARES | <input type="checkbox"/> | NEOPLASIAS          | <input type="checkbox"/> | OUTRAS:             |                          |                        |

|                          |           |                          |                |                          |                      |
|--------------------------|-----------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | TABAGISMO | <input type="checkbox"/> | EX - TABAGISTA | <input type="checkbox"/> | OUTRAS DEPENDÊNCIAS: |
|--------------------------|-----------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|

|                          |                                  |             |             |
|--------------------------|----------------------------------|-------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | USO HABITUAL DE BEBIDA ALCOÓLICA | QUANTIDADE: | FREQUÊNCIA: |
|--------------------------|----------------------------------|-------------|-------------|

INTERROGATÓRIO COMPLEMENTAR:

|                     |                          |     |                          |     |       |                     |
|---------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|-------|---------------------|
| ATIVIDADES FÍSICAS: | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | QUAL: | FREQUÊNCIA SEMANAL: |
|---------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|-------|---------------------|

LAZER:

OUTRAS INFORMAÇÕES:

#### V- ENCAMINHAMENTO INTERNO INICIAL

|                          |                           |                          |              |                          |                        |                          |                          |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PROGRAMA AVE              | <input type="checkbox"/> | PROGRAMA OPM | <input type="checkbox"/> | PROGRAMA LESÃO MEDULAR | <input type="checkbox"/> | PROGRAMA 1ª PROTETIZAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> | REABILITAÇÃO INFANTIL     | <input type="checkbox"/> | NEUROLOGIA   | <input type="checkbox"/> | NEUROLOGIA INFANTIL    | <input type="checkbox"/> | ORTOPEDIA                |
| <input type="checkbox"/> | REUMATOLOGIA              | <input type="checkbox"/> | ACUPUNTURA   | <input type="checkbox"/> | FISIOTERAPIA           | <input type="checkbox"/> | TERAPIA OCUPACIONAL      |
| <input type="checkbox"/> | TO / REABILITAÇÃO DE MÃOS | <input type="checkbox"/> | PSICOLOGIA   | <input type="checkbox"/> | HOMEOPATIA             | <input type="checkbox"/> | FITOTERAPIA              |
| <input type="checkbox"/> | FONOAUDIOLOGIA            | <input type="checkbox"/> | ENFERMAGEM   | <input type="checkbox"/> | SERVIÇO SOCIAL         | <input type="checkbox"/> | NUTRIÇÃO                 |
| <input type="checkbox"/> | OUTROS                    |                          |              |                          |                        |                          |                          |

AGENDAMENTOS:

|       |           |       |           |
|-------|-----------|-------|-----------|
| DATA: | PROGRAMA: | DATA: | PROGRAMA: |
|-------|-----------|-------|-----------|

#### VI- ENCAMINHAMENTO EXTERNO

ACOLHEDOR