PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

# FICHA DE EVOLUÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME:

RESPONSÁVEL:

H.D.:

Nº CARTÃO SUS:

IDADE:

DATA:

F.A.A.:

DATA DE ADMISSÃO:

DATA DE ALTA:

| ITEM | PRESCRIÇÃO MÉDICA | HORÁRIO | OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM |
|---|---|---|---|
| | | | |

## SINAIS VITAIS

PLANTÃO: A ( ) B ( ) C ( ) D ( )

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | | | | | | | | | | | | |
| TEMP. | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | | | | | | | | | | | | |
| P.A. | | | | | | | | | | | | |
| F.R. | | | | | | | | | | | | |
| DEXTRO | | | | | | | | | | | | |
| RUBRICA | | | | | | | | | | | | |

FO176/MAR/00 - SMS - ALTERADO MAR/05 - VIA ÚNICA - FORMATO - A4 (210X297) - CÓD. MATERIAL: 25973