PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

FICHA DE ATENDIMENTO

NÚMERO DO REGISTRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL	DATA	HORA

01 - DADOS DO PACIENTE

NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO

NOME DA MÃE

ACOMPANHANTE	TEL CONTATO

ENDEREÇO	NÚMERO

BAIRRO	CIDADE	CS REFERÊNCIA	CEP

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

☐ DEMANDA EXPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

Limpar

Imprimir

02 - PROTOCOLO DE MANCHESTER

QUEIXA PRINCIPAL

NOME DO FLUXOGRAMA	DISCRIMINADOR

PULSO _____ SaO2_____ TEMP_____ GLICEMIA_____ RÉGUA DOR N°_____ ECG_____

PRIORIDADE

☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ENCAMINHAMENTO

☐ CLÍNICA MÉDICA ☐ PEDIATRIA ☐ CIRURGIA ☐ ORTOPEDIA ☐ ODONTOLOGIA ☐ OUTROS

☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ OUTRA UNID. URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ SERVIÇO SOCIAL

DATA	HORA	SERVIDOR RESPONSÁVEL

03 - REAVALIAÇÃO DE MANCHESTER

QUEIXA PRINCIPAL

NOME DO FLUXOGRAMA	DISCRIMINADOR

PULSO _____ SaO2_____ TEMP_____ GLICEMIA_____ RÉGUA DOR N°_____ ECG _____

PRIORIDADE

☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ENCAMINHAMENTO

☐ CLÍNICA MÉDICA ☐ PEDIATRIA ☐ CIRURGIA ☐ ORTOPEDIA ☐ ODONTOLOGIA ☐ OUTROS

☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ OUTRA UNID. URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ SERVIÇO SOCIAL

DATA	HORA	SERVIDOR RESPONSÁVEL

04 - HISTÓRIA CLÍNICA

05 - EXAME FÍSICO

06 - EXAMES COMPLEMENTARES

☐ LABORATORIAL

☐ RADIOLÓGICO

☐ ECG

SAAA - 03001003 - G/GE/E

17/10/2011 - GEORG

07 - DIAGNÓSTICO

CLÍNICA HORA / DATA	TRATAMENTO / PRESCRIÇÃO MÉDICA NA UNIDADE

HORA / DATA	OBSERVAÇÃO / EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

08 - CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO	REFERIDO PARA ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNID. URG. ☐ ESPECIALIDADE ☐ CENTRO SAÚDE
MÉDICO	CRM Nº
HORA DA SAÍDA	ATENDIMENTO DE ☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA