



MODELO DA FICHA - ELABORADA RECENTEMENTE

REGISTRO DE PRONTO ATENDIMENTO

fa está funcionando

Prefeitura Municipal de Ubá - MG

Médico

| | | | |
|---|------------|--|--|
| NOME _____ | | IDENTIDADE _____ | |
| IDADE _____ | SEXO _____ | ATIVO <input type="checkbox"/> | INATIVO <input type="checkbox"/> DEP. <input type="checkbox"/> |
| ENDEREÇO _____ | | | |
| DATA / / _____ | | | |
| Responsável pela Autorização _____ | | | |
| QUEIXA PRINCIPAL _____ | | | |
| SINAIS E SINTOMAS _____ | | | |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL _____ | | | |
| MEDICAÇÃO PRESCRITA _____ | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS _____ | | | |
| VOLTA: <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> ENCAMINHADO A _____ | | | |
| FOI JUSTIFICADO O AFASTAMENTO DO TRABALHO: | | Sim <input type="checkbox"/> | Nº. DE DIAS <input type="text"/> |
| | | Não <input type="checkbox"/> | |
| FOI JUSTIFICADO O COMPARECIMENTO AO SPA | | Sim <input type="checkbox"/> | HORÁRIO <input type="text"/> |
| | | Não <input type="checkbox"/> | |
| DATA / / _____ | | Ass. do Médico (carimbo - nome - nº CRM) _____ | |