



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTO ANTONIO DE POSSE - SP



ATENDIMENTO Nº _____

DATA ____ / ____ / ____ HRS: ____ h ____ min

Nome: _____

Nasc: ____ / ____ / ____ IDADE: ____ RG: ____ TEL.(____) ____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____ Nº ____

BAIRRO: _____ CNS: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

Pré consulta de enfermagem hrs: ____ h ____ min

PA: ____ X ____ mmHg FC: ____ bmp FR: ____ mpm SPO: ____ %

PESO: ____ kg GLICEMIA CAPILAR: ____ mg/dl TEMP.AX: ____ C°

Bronquite/Asma: (____) sim (____) não **DM:** (____) sim (____) não **HAS:** (____) sim (____) não(____)

ALERGIAS: _____

ANOTAÇÕES:

ASSINATURA E CARIMBO

Consulta Médica

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA CLÍNICA:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Consulta / Exames:**Prescrição:****Encaminhado á:**

Se doença de notificação compulsória, foi notificado (____) sim ou (____) não.

ASSINATURA E CARIMBO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

ASSINATURA E CARIMBO

CONTROLES

HORÁRIO	PA	TEMP	PULSO	FR	DEXTRO	SPO°	DIURESE	ENFERMAGEM