



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: ____ Cº	
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	SPO²	DIURESE	ENFERMAGEM