

MODELO – ÍTEM 46



Prefeitura Municipal de Itariri

Departamento Municipal de Saúde

Rua Benedito Calixto, 260 - Centro - Itariri/SP - 11760-00
Telefax: (13) 3418-8000

41

FICHA DE ACOLHIMENTO

IDENTIFICAÇÃO

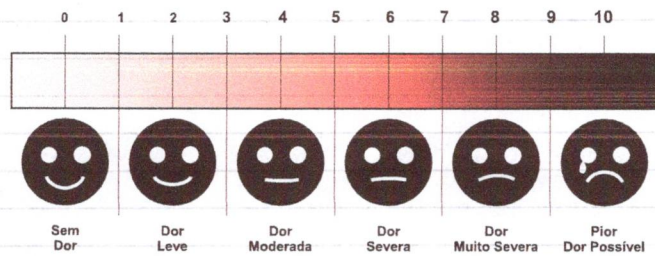
DATA: ___/___/___	HORA: ___:___	REAVALIAR ÀS: ___:___	REAVALIAR ÀS: ___:___
CNS: _____		SEXO () F () M	
NOME: _____		DN: ___/___/___	
END: _____		IDADE: _____	
BAIRRO: _____		FONE: _____ / _____	
ACS DE REFERÊNCIA: _____			
QUEIXA PRINCIPAL: _____			

HISTÓRIA DA QUEIXA:

UTILIZOU ALGUMA MEDICAÇÃO? () SIM () NÃO HOUE ALGUMA MODIFICAÇÃO OU MELHORA? () SIM () NÃO

QUAL MEDICAÇÃO UTILIZADA E DOSE?	2. _____
1. _____	3. _____
DOENÇAS E COMORBIDADES	MEDICAMENTOS DE USO DIÁRIO/DOSE
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____
6. _____	6. _____
ALERGIA A MEDICAÇÃO? () SIM () NÃO	7. _____
QUAL?	8. _____

SINAIS VITAIS	PA: _____	FC: _____	T: _____	HGT: _____	PESO: _____	SpO ₂ : _____	ESCALA DE DOR:
---------------	-----------	-----------	----------	------------	-------------	--------------------------	----------------



OBSERVAÇÃO OBJETIVA:

TESTES RÁPIDOS	HIV () R () NR () IN	SÍFILIS () R () NR () IN	HCV () R () NR () IN	HBV () R () NR () IN	TRG () P () N () IN
CLASSIFICAÇÃO DO RISCO	EMERGÊNCIA PRIORIDADE ZERO	URGÊNCIA PRIORIDADE 1	SEM URGÊNCIA PRIORIDADE 2	SEM RISCO PRIORIDADE 3	

PACIENTE

TÉCNICO OU ENFERMEIRA
RESPONSÁVEL

