

 <p>HOSPITAL SANTA JOANA RECIFE SUA SAÚDE EM BOAS MÃOS</p>	FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA	Identificadores Institucionais: Nome: _____ Same: _____ (preencher se não estiver com etiqueta)
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____		
QUEIXA PRINCIPAL + HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:		
EXAME FÍSICO:		
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):		
UNIDADE DE INTERNAMENTO: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> UTI Geral <input type="checkbox"/> UCO <input type="checkbox"/> Semi-Intensiva		
CONDUTA/PLANO DE CUIDADOS:		

Médico (a) – Assinatura e Carimbo.

Obs: Favor data e hora em todas as evoluções.

Sumário de Alta

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Same: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA DA ALTA:

MOTIVO DA ADMISSÃO:

DIAGNÓSTICO(S) ATUAL (IS)

Comorbidades:

☐ SIM ☐ NÃO Quais: _____

ACHADOS CLÍNICOS RELEVANTES

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS (RESULTADOS COM O PACIENTE)

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA SAÍDA/DESTINO

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Óbito ☐ Transferência do cuidado

PLANEJAMENTO DE ALTA

Entregue receita de medicamentos : ☐ Sim ☐ Não

Medicamentos a serem tomados em casa (Reconciliação medicamentosa na alta): ☐ Não se aplica

Medicamentos	Dose	Via	Frequência	Período

Retornar ao consultório em _____ dias.

Atenção: Em caso de emergência, comunique-se com seu médico(a) ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital Santa Joana, trazendo consigo esta via.

Médico(a) / Dentista – Assinatura e Carimbo