



Av. Epitácio Dias da Silva, nº 201,
Quadra 7, Centro, Remanso - BA
Tel: (74) 3535-1201

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

Paciente: Saia Carolina Maria de Brito
 Registro: 98.635.901.88 Data de Nascimento: 10/10/1960
 Endereço: Rua de Amor, 953, Vila Industrial
 Tel: 74-98551-0447 Data: 14/08/19 Hora: 07:40

TRIAGEM DE ENFERMAGEM HORA: -

I - Classificação de risco:

Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul

II - Queixas: Costa D, Náusea, IG: 38,5 GD. Refor. Sem Intensa.

III - Sinais Vitais:

PA	FC	FR	SAT. O2	TEMP. AX.	HGT	PESO
<u>130x90</u>	<u>98</u>		<u>99%</u>	<u>36,0</u>		

IV - Avaliação de enfermagem:

Histórico de saúde: DM+ () HAS+ () Asma () ICC () AVC () Tabagismo () Etilismo () Outros : _____ Medicações de uso contínuo: _____ Alergias: _____		Estado geral: <input checked="" type="checkbox"/> Corado <input type="checkbox"/> Descorado /+4 <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Ictérico /+4	Neurológico: <input checked="" type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado
Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Sem queixas () Eupneico () Dispneico () <input type="checkbox"/> Taquipnéico () Bradipneico <input type="checkbox"/> MV + sem RA () MV Diminuídos em: _____ <input type="checkbox"/> Ronco () Sibilos <input type="checkbox"/> Tosse	Cardiológico: <input checked="" type="checkbox"/> Sem queixas <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Outros: _____	Dor: <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderado () Intensa Local: _____	Edema () Grau: _____ Local: _____
Abdome: <input checked="" type="checkbox"/> Sem queixas () Flácido <input type="checkbox"/> Tenso () Ascítico <input type="checkbox"/> Distendido () Doloroso <input type="checkbox"/> RHA	Evacuações: _____ _____	Diurese: <input type="checkbox"/> Normal () Disúria <input checked="" type="checkbox"/> Poliúria () Anúria <input type="checkbox"/> Piúria () Hematuria <input type="checkbox"/> Oligúria () SVD - Vol. _____	

ATENDIMENTO MÉDICO HORA: -

V - Motivo do atendimento e descrição do caso clínico

Spontânea, CIPOADO, 39 a 6 d., queixando-se de dor em BV Intensa às
14h de evolução, para alívio foi dada a dose de 100mg de fentanil, após
auscultação normal de pulmões, porém 24h de evolução, houve piora da dor
para uma dor em BV Intensa, no exame: AT+, RF 150, TV: 2cm
sem alterações. Dúvida necessidade de cirurgia.

VI - Hipótese Diagnóstica

VII - Prescrição Médica

VII- Aprazamento de enfermagem

Resultado de exames / Procedimentos a serem realizados

VI - Encaminhamentos de referência

VII - Tipo de atendimento

() Urgência / Emergência
 () Pronto Atendimento
 () Urgência / Emergência - Encaminhadas

Encaminhamento na unidade

() Alta após realização de procedimentos
 () Óbito
 () Ausentou-se sem atendimento
 () Observação
 () Internamento para Parto Vaginal
 () Internamento Clínico

Dr. Aldeci Domingos B. Silva
 Enfermeiro
 Coren BA 129.623

Assinatura e carimbo Médico

Assinatura e carimbo Enfermeiro (a)

Assinatura e carimbo do (a) Téc. de Enf.

Adriano R Lima

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE..... Leili Ferreira Soares Brito.

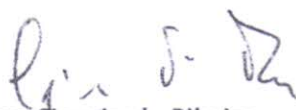
DATA DE NASCIMENTO: 10 / 10 / 2000.

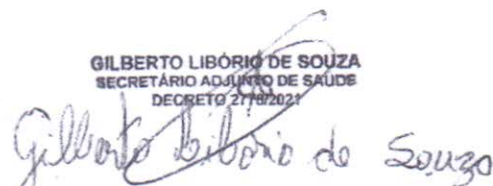
Autorizo a internação da paciente acima qualificada para submeter a atendimento hospitalar na Casa de Saúde de Remanso para posterior pagamento dos valores pertinente ao atendimento.

O atendimento **poderá ser negado** caso o hospital não disponha de leitos, caso a equipe médica não esteja disponível e/ou por outras questões administrativas no momento da admissão da paciente.

Caso exista necessidade de atendimento especial ao paciente ou RECEM-NASCIDO ou a parturiente, bem como a necessidade de referenciá-los a algum serviço referenciado para atendimento especializado a Prefeitura Municipal de Remanso providenciará transporte imediato, além de auxiliar na disponibilização de vaga.

VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO: 26/07/2021 a 31/08/2021.


Cícero Figueiredo Ribeiro
Casa de Saúde de Remanso
CNPJ 40.631.780/0001-92

GILBERTO LIBÓRIO DE SOUZA
SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE
DECRETO 27/08/2021

Prefeitura Municipal de Remanso