

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL – CONSULTA

FAA Nº _____ Data: ____/____/____ Horário: _____

NOME: _____ IDADE _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE _____ TELEFONE _____

CNS: _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

PA: _____ FC: _____ PESO _____ TEMP _____ DEXTRO _____ SPO2 _____

ALERGIA A MEDICAMENTO: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO FINAL:

CID: _____ CONDUTA: ()RECEITA ()OBSERVAÇÃO ()CURATIVO ()TRANSFERENCIA ()ALTA

<u>PRESCRIÇÃO MÉDICA</u>	<u>HORARIO</u>

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____

ESTOU CIENTE E ACEITO TODO E QUALQUER PROCEDIMENTO: X _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____

