(215 x 155 mm - 63 g/m²)

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SERVIÇO MUNICIPAL DE INFECTOLOGIA

ISAE PIRASSUNUNGA

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

SUS-SP

UNIDADE:_____ CÓD.:_____ DATA_____|_____|_____

PRONTUÁRIO:|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| SEXO: ( )M ( )F HORA |____|____|____|____| IDADE:|___|___|

PACIENTE:_____

END.:_____

BAIRRO:_____ MUNICIPIO:_____ CEP:|___|___|___|___|___|___|___|___| CÓD. MUN.:|___|___|___|___|___|___|___|

PROCEDIMENTO:|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| ESP.:|___|___| TIPO|___|___| GR|___|___| PR|___|___| CID:|____|____|____|____|____|____|____|

MOTIVO DE ATENDIMENTO E EXAME CLÍNICO

_____

_____

DIAGNÓSTICO_____

_____

TRATAMENTO REALIZADO

_____

_____

EXAMES COMPLEMENTARES

DATA:|____|____|____|CV.:_____

DATA:|____|____|____|CD4_____

_____ _____

Assinatura do Paciente Ass. Carimbo do Médico