



MEMORIAL
SÃO JOSÉ
HOSPITAL E CLÍNICAS



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA:

HORA:

Queixa principal + História da Doença atual:

Exame Físico:

Hipótese(s) Diagnóstica(s):

Unidade de Internamento: Apartamento UTI Geral UCO Semi-Intensiva

Conduta/Plano de Cuidados:

Cod. 509134

V. 05/2017

Médico (a) / Dentista – Assinatura e Carimbo.



MEMORIAL
SÃO JOSÉ
HOSPITAL E CLÍNICAS



Sumário de Alta

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Prontuário: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA DA ALTA:

HORA:

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

PLANEJAMENTO DE ALTA

Medicamentos a serem tomados em casa: 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 Memorial São José, trazendo consigo esta via.

Cód.509035

Médico (a) /Dentista – Assinatura e Carimbo

1º Via: Paciente – 2º Via: Hospital.