PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO-SP

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA SÃO FRANCISCO Nº 614 - CENTRO - CEP 18.195-000 - CNPJ. 46.634.077/0001-14
FONE (15) 3267-1427 / 3267-1562

39

DATA: _____/_____/_____

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULÂNCIA Nº _____ VTR: _____ MOTORISTA _____

End.	RUA PACIENTE			Nº	COMP
	BAIRRO	REFERÊNCIAS			
	EVENTO				
Ident.	PACIENTE		SEXO	IDADE	DN
	CONTATO			FONE	
RG	CPF	CNS			

MOTIVO DA ATIVAÇÃO / HISTÓRIA / PRINCIPAIS QUEIXAS

INÍCIO DOS SINTOMAS Menos de 1 hora ( ) 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

EXAME INICIAL	INSTÁVEL	ESTÁVEL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos

HORÁRIO	
PA	
FC	
FR	
GLASGOW	
TEMP	
Sat O_2	

Evolução e Conduta

Recusa no atendimento	Eu, _____, RG _____, sabedor que sou da necessidade de atendimento de urgência, recuso o atendimento pela equipe de saúde em_____/_____/_____, às _____h. Ass. _____

ASSINATURA MÉDICO RECEPTOR:

ASSINATURA TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

DESTINO

HORÁRIO

PMCA SaúdeEMod 47 Formato 200 x 210 mm