



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NOME:

MATRÍCULA: _____ **Raio:** _____ **cela:** _____

AVALIAÇÃO DE SAÚDE (INCLUSÃO - RCD)

Data da exclusão: ____/____/____ Queixa principal: _____

Sem queixas: _____ Não refere: _____

Estado do paciente: () Bom () Regular () Ruim

HISTÓRICO DE DOENÇA PREGRESSA:

EXAME FÍSICO:

Orientado a solicitar avaliação do Setor de Saúde sempre que necessário.

() Retorno ao Pavilhão

() Retorno ao médico

() Retorno Enfermeiro

() Retorno com Enfermagem

CARIMBO CRM/COREN