



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Cód. \_\_\_\_\_  
Carimbo

## FICHA DE EMERGÊNCIA

Recepcionista MOTIVO DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

Chegada \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Recep. Ok \_\_\_\_ h Aux. Ok. \_\_\_\_ h Med. Ok. \_\_\_\_ h

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Est.: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Responsável: \_\_\_\_\_

End. Responsável: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Est.: \_\_\_\_\_

Nome do Acompanhante: \_\_\_\_\_

End. Acompanhante: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Est.: \_\_\_\_\_

Motivo do Atendimento: \_\_\_\_\_

Exame Físico: PA: \_\_\_\_\_ TAX: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Exames Solicitados: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_

Relatório de Enfermagem/Hora: \_\_\_\_\_

## ACIDENTE DE QUALQUER NATUREZA

☐ Doméstico ☐ Trabalho ☐ Trânsito

Endereço do local do acidente (ou local de referência) \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

☐ Internação ☐ Ambulatório ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Retirou-se a revelia

Data da Saída: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_