



Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde de.....

FORMULARIO DE REFERÊNCIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade Solicitante :		
Telefone e Nome Médico Solicitante :	Telefone e Nome Médico Executante :	
Nome do Usuário :		
Nome da Mãe :		
Sexo :	Data de Nascimento :	C.N.S. :
Bairro :	Município :	Responsável / Telefone:
H.D. :		C.I.D.:
H.D.A. (Relatar quadro clínico, conduta de primeiro atendimento, procedimentos realizados, medicação aplicada e resultado de exames realizados).		Dados Vitais :
		Glasgow :
		P.A. :
		T.A. :
		SAT O2 :
		F.C.:
		F.R. :
		() Ar Ambiente
		() O2Inalatóriolitros/min
		() V.P.M. sob TOT
		Aminas :
		() Sim () Não
Médico Solicitante : (Carimbo)	Data :	Hora :