



Prefeitura Municipal de Quissamã
Secretaria Municipal de Saúde - SUS
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - OBSTETRÍCIA

| | | |
|---------------|-------|------------|
| Prontuário nº | Setor | Médico (s) |
| | | |

| | | | | |
|------------------|------|------|--------|----------|
| Nome do Paciente | Data | Hora | Enf nº | Leito nº |
| | / / | | | |

| | | | |
|--------|-----|------------|-----------------|
| AIH nº | CPF | Identidade | Órgão Expedidor |
| | | | |

Sexo: M F Cor: _____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Est. Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel. Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____

Responsável: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel. Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____

Assinatura: _____

Observações: _____

ALTA

Data: ____ / ____ / ____ Decisão Médica À Revelia Óbito

Transferido para: _____

Observações: _____

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____ Horário _____ horas

PA: _____ X _____ mmHg Pulso: _____ bpm Temperatura: _____ °C

D.U.M: ____/____/____ D.U.M: (US) ____/____/____

I.G: _____ sem _____ dias I.G(US): _____ sem _____ dias F.U: _____ cm

G: _____ P: _____ (PN: _____ Ces: _____ NM: _____) A: _____

Tipo Sanguíneo: _____ Fator Rh: _____ D.U: _____ Coombs Indireto: _____

F.C.F: _____ bcf/min M.A.F: _____

História Progressiva: _____

Complicações no Pré-natal: _____

Queixas: _____

Exame Obstétrico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Procedimento: _____

Data: ____/____/____ Duração: _____ hs _____ min

Técnica Operatória: _____

Cirurgião: _____ Auxiliar: _____

Tipo de Anestesia: _____ Anestesista: _____

Saída: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____ Estado da Saída: _____

V.D.R.L: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Fator Rh: _____ DU: _____

Imunização Anti-Rh Sim Não