



HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NOME: _____ DATA: ____/____/____
IDADE: _____ HORA DA CLASSIFICAÇÃO: ____H ____MIN

TRANSPORTE: () MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA

QUEIXA PRINCIPAL: _____
INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____

MEDICADO EM CASA? () NÃO () SIM QUAL MEDICAMENTO? _____

PARÂMETROS: PA: ____X____ mmhg FC: ____bpm FR: ____irpm Temp: ____°C
Glasgow: ____ SatO₂: ____ Glicemia: ____ Peso: ____ DUM: ____/____/____

ALERGIA: _____
HAS: () NÃO () SIM DM: () NÃO () SIM TABAGISTA: () NÃO () SIM



OBSTETRÍCIA

IDADE GESTACIONAL: _____ GESTA: _____ PARTO: _____ ABORTO: _____
PREMATURIDADE NA GESTAÇÃO ANTERIOR: () NÃO () SIM
PRÉ-NATAL: () NÃO () SIM NÚMERO DE CONSULTAS: _____
UNIDADE DO PRÉ-NATAL: _____
PRESENÇA DE PATOLOGIA DURANTE A GESTAÇÃO: () NÃO () SIM
HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA: () NÃO () SIM
PERDAS VAGINAIS: () NÃO () SIM

RECLASSIFICAÇÃO HORÁRIO: ____H ____MIN

PARÂMETROS: PA: ____X____ mmhg FC: ____bpm FR: ____irpm Temp: ____°C
Glasgow: ____ SatO₂: ____ Glicemia: ____ Peso: ____ DUM: ____/____/____

OBSERVAÇÕES

AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: () NÃO () SIM

ENFERMEIRO
CARIMBO E ASSINATURA