

RESUMO DE ALTA

PRONTUÁRIO Nº

CLÍNICA:

NOME:

IDADE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(IS):

DIAGNÓSTICO(S) FINAL(IS):

PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO / TERAPÊUTICO

Endoscopia Digestiva	Tomografia Computadorizada	Raios X	Ultra-sonografia	Colonoscopia	Ressonância Magnética
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>

Plasma Humano	Concentrado de Hemácias	Plaquetas
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades

Albumina	Surfactante	Outros:
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades	

Punção Venosa Profunda	Punção Torácica	Entubação oro-traquel	Cateterismo Vesical
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ dias	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ dias	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ dias	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ dias

Internação na UTI

Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_ dias Período: \_\_\_\_\_

Procedimento cirúrgico:

Não ☐ Sim ☐ Especificar: \_\_\_\_\_

Infecção durante a internação:

Não ☐ Sim ☐ Especificar: \_\_\_\_\_

Realização de cultura:

Não ☐ Sim ☐ Material: \_\_\_\_\_ Germe (s) Isolado (s): \_\_\_\_\_

Antibiótico(s) utilizado(s) / Período: \_\_\_\_\_

Complicações:

Não ☐ Sim ☐ Especificar: \_\_\_\_\_

Em caso de longa permanência

☐ Característica própria da doença ☐ Motivo social ☐ Intercorrência ☐ Doença crônica

Outros: \_\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO/INTERCORRÊNCIAS:

EXAMES LABORATORIAIS:

TERAPÊUTICA:

ORIENTAÇÕES APÓS ALTA:

Data de Alta:                   /                   /                   Hora da Alta:                   

Tipo de Alta:   ☐ Administrativa:   ☐ Decisão Médica   ☐ A Pedido   ☐ Evasão  
                  ☐ Transferência para                   

Encaminhado ao Serviço:  
☐ Não   ☐ Sim   Especificar:                   

Observações:                   

Em caso de óbito:   Data                   /                   /                   Hora:                   :  
☐ Na admissão   ☐ Sem tratamento   ☐ No decurso do tratamento   ☐ Com menos de 24h   ☐ Com mais de 24h

Causa mortis:                   

Quissamã-RJ,                   de                   de                   

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável