Sabará HOSPITAL INFANTIL **Avaliação Médica – Day Clinic**	Nome Completo:
	Data Nascimento:
	Unidade: Leito:

Data: _____ **Hora:**_____

1) QUEIXA E DURAÇÃO: _____

_____

_____

2) HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL:_____

_____

_____

3) EXAME FÍSICO:

( ) BEG	( ) hidratada	( ) corada	( ) eupneico	( ) anictérico
( ) REG				
( ) MEG	( ) desidratada	( ) descorada	( ) dispnéico	( ) icterico

Cabeça e Pescoço	( ) sem alterações	Obs.:_____
Sistema Respiratório	( ) sem alterações	Obs.: _____
Sistema Cardio Circulatório	( ) sem alterações	Obs.: _____
Sistema Gastro Intestinal	( ) sem alterações	Obs.: _____
Sistema Genito Urinário	( ) sem alterações	Obs.: _____
Sistema Nervoso	( ) sem alterações	Obs.: _____
Sistema Locomotor	( ) sem alterações	Obs.: _____
Pele e Anexos	( ) sem alterações	Obs.: _____

4) ALERGIAS: ( ) DESCONHECE
( ) SIM Quais?_____

5) MEDICAMENTOS EM USO ( ) NEGA
( ) SIM Quais? _____

6) ANTECEDENTES PESSOAIS RELEVANTES ( ) NADA DIGNO DE NOTA

Quais? _____

7) CIRURGIAS ANTERIORES ( )NÃO
( ) SIM Quais? _____

DIAGNÓSTICO

1.

2.

3.

PLANEJAMENTO CIRÚRGICO:

_____
Assinatura e Carimbo médico

Diretor Técnico
Dr. Sérgio Lomelino
CRM - 41.511