Sabará HOSPITAL INFANTIL **FICHA DE INTERNAÇÃO MÉDICA**	**Nome Completo:**
	Data Nascimento:
	Unidade: Leito:

Queixa e Duração:
História de Moléstia Atual:

Interrogatório Sobre os Diversos Aparelhos: ( ) Nada digno de nota ( ) Não se aplica

Geral:	( ) ndn Queixa	**Respiratório**:	( ) ndn Queixa
Pele e anexos :	( ) ndn Queixa:	**Circulatório:**	( ) ndn Queixa
Cabeça:	( ) ndn Queixa	**Digestivo:**	( ) ndn Queixa
Olhos:	( ) ndn Queixa	**Urinário:**	( ) ndn Queixa
Ouvidos:	( ) ndn Queixa	**Genital Feminino:**	( ) ndn Queixa
Nariz:	( ) ndn Queixa	**Genital Masculino:**	( ) ndn Queixa
Boca / Garganta:	( ) ndn Queixa	**Locomotor:**	( ) ndn Queixa
Pescoço:	( ) ndn Queixa	**Neurológico**:	( ) ndn Queixa
DNPM:	( ) ndn Queixa		

Alergias :

EXAME FÍSICO

Estado Geral Peso:_____ PA:_____ T:_____FC:_____ FR:_____ Sat O_2 _____

( ) BEG ( ) hidratada ( )corada ( ) ativo ( ) eupneico ( )anictérico ( ) acianótico

( ) REG

( ) MEG ( ) desidratada ( )descorada ( )hipoativo ( )dispnéico ( ) ictérico ( ) cianótico

Dispositivos Cateter: ( ) sim ( ) não Sonda Vesical ( ) sim ( ) não

Dreno ( ) sim ( ) não Sonda Nasogastrica ( ) sim ( ) não

COT ( ) sim ( ) não

Exame Fisico

Cabeça	**( )Nada digno de nota** ( ) Não se aplica **Crânio:** ( )NL ( )Alterado:_____ **Fontanela:** ( )NL ( ) Alterada:_____ **Olhos**: ( )NL ( )Alterado:_____ **Otoscopia:** ( )NL ( ) Alterada:_____ **Orofaringe:** ( )NL ( )Alterado:_____ **Pescoço:**: ( )NL ( ) Alterado:_____ **Comentários**:
Sistema Nervoso	**( )Nada digno de nota** ( )Não se aplica **Consciência:** ( )NL ( )Alterada: **Indice de Glasgow:** **Def.Motores:** ( )Não ( )Sim Local: **Pupilas:** ( )NL ( ) Alterada:_____ **Reflexos:** ( )NL ( )Alterado Tipo: **Marcha:** ( )NL ( )Alterada: _____ **Equilíbrio:** ( )NL ( )Alterado Tipo: **Sin. Meningeos:** ( ) Sim ( )Não **Convulsões:** ( )Sim ( ) Não **Comentários:**
Sistema Respiratório	( )**Nada digno de nota** ( )Não se aplica **Deform.Torácica:** ( ) Sim ( )Não **Tiragem:** ( )Sim ( )Não **Estridor Laringeo**: ( )Não ( )Leve ( )Moderado ( )Intenso **Percusão Torácica:** ( )NL ( )Alterada:_____ **Ausc. Pulmonar:** ( ) NL ( )Alterada:_____ **Comentários:**
Sistema Cardio Circulatório	( )**Nada digno de nota** ( )Não se aplica **Perfus. Periférica:** ( ) Boa ( ) Reg ( )Ruim **Edema:** ( )Sim ( )Não Local:_____ **Pulso Periférico:** ( )NL ( )Alterado:_____ **Ausculta cardíaca:** ( )NL Alterado: _____ **Comentários:**
Sistema Gastro Intestinal	( )**Nada digno de nota** ( )Não se aplica **Inspeção Abdome:** ( )NL ( )Alterada_____ **Ausculta:** ( ) NL ( ) Alterado_____ **Palp. Superficial:** ( )NL ( )Alterada_____ **Palp.Profunda:** ( )NL ( )Alterado_____ **Visceromegalias:** ( )Presente_____ **Massas/Tumor.:** ( ) Presente_____ **Toque Retal:** ( )Não Realizado ( )NL ( )Alterado_____ **Comentários:**
Sistema Genito Urinário	( )**Nada digno de nota** ( )Não se aplica **Loja Renal:** ( ) Livre ( )Ocupada **Bexiga:** ( )Palpável ( )Não Palpável **Giordano:** ( )Ausente ( )Presente **Períneo:** ( )Normal ( )Alterado _____ **Genitais Externo:** ( ) NL ( ) Alterado_____ **Comentários:**
Sistema Locomotor	**( )Nada digno de nota** ( )Não se aplica **Local do Trauma/Ferimento :** _____ **Inspeção:** ( )NL ( )Edema ( )Equimose ( )Exposição Óssea ( )Flogose **Palpação:** ( )NL ( )Dolorosa ( )Crepitação **Mobilidade:** ( )NL ( )Dolorosa ( )Bloqueada **Extremidade**: ( )NL ( )Perfusão ( )Alterada **Neurovascular:** ( )NL ( )Parestesia- _____ Déficit Motor:_____ **Coluna:** ( )NL ( )Dor _____ **Exame Especifico/Manobra::** ( ) Não se aplica ( )Sim _____ **Comentários:**
Pele e Anexos	( )**Nada digno de nota** ( )Não se aplica **Pele:** ( )NL ( )Alterada _____ **Anexos:** ( )NL ( ) Alterada:_____ **Ferimento**: ( )Não ( )Sim Local: _____ **Gânglios:** ( )Não ( ) Sim Local:_____ **Comentários**:

Antecedentes Pessoais:	( ) **Nada digno de nota**	( )Não se aplica
Antecedentes Familiares:	( )**Nada digno de nota**	( )Não se aplica

Estado de Imunização Atual: ( )**Nada digno de nota** ( )Não se aplica

BCG	N º de Doses:	Polio	N º de Doses	Triplice	N º de Doses	HiB	N º de Doses
Sarampo	N º de Doses	MMR	N º de Doses	Varicela	N º de Doses	Gripe	N º de Doses
HepB	N º de Doses	Hep A	N º de Doses	Pneumo	N º de Doses	Rota	N º de Doses
Meningo A/C	N º de Doses	Menigo B/C	N º de Doses	Outras:	N º de Doses		
Comentários:							

Exames Anteriores de Interesse ao Caso **( )Nada digno de nota** ( )Não se aplica
Comentários:

Hipóteses Diagnósticas:
CID1:
CID2:
CID3:
CID4:

Exames Solicitados para Investigação Atual:

Conduta:

Data	
Data: **Hora:**	**Assinatura/Carimbo médico**