

## Ficha de Atendimento Individual - AB



CNES: 2202239

UBS DR. EDSON FAGUNDES DO NASCIMENTO

Número do Atendimento:										Entrada:										Demanda: ( ) Espontânea ( ) Programada									
Local do Atendimento: ( ) UBS ( ) Unidade Móvel ( ) Rua ( ) Domicílio ( ) Escola / Creche ( ) Unidade Socioeducativa																				Atenção Domiciliar: ( ) Regular M1 ( ) Intensivo M2 ( ) Intensivo M3									
( ) Polo (Academia de Saúde) ( ) Instituição / Abrigo ( ) Unidade Prisional ou Congêneres ( ) Outros																													
Descrição do Local:																													
Cartão SUS:															Prontuário:														
Paciente:																													
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino										Dt. de Nascimento: ____/____/____.										Idade:					Telefone:				

Assinatura do paciente:

Digital

## Triage / Sinais / Observações

Profissional:	01	02	03	04	01	02	03	04
Pressão Arterial (primeira): _____ X _____ mmHg. Pulso: _____ bpm.					Pressão Arterial (última): _____ X _____ mmHg. Pulso: _____ bpm.			
Aferição de Temperatura (primeira): _____ °C.					Aferição de Temperatura (última): _____ °C.			
Avaliação Antropométrica: Peso: _____ kg. Altura: _____ cm.					Glicemia Capilar: _____ mg/dl.			
Outro:					Risco: ( ) Não Urgente ( ) Pouco Urgente ( ) Urgente ( ) Muito Urgente ( ) Emergência			

Criança	Aleitamento Materno:    ( ) Complementado ( ) Exclusivo    ( ) Predominante    ( ) Inexistente		Gestante	Gravidez Planejada: _____, Gestas Prévia / Partos: ____/____ DUM: _____ / _____ / _____, Idade Gestacional: _____		Vacinação Regular	( ) Sim    ( ) Não

[illegible]

### Procedimientos

[illegible][illegible]

Administração de Medicamentos	Medicamento:	Quant.:	Forma de Adm.:	Medicamento:	Quant.:	Forma de Adm.:	01	02	03	04
			O I E N T			O I E N T				
			O I E N T			O I E N T				
			O I E N T			O I E N T				
			O I E N T			O I E N T				
			O I E N T			O I E N T				

## Professionals

01 - Ocupação	02 - Ocupação	03 - Ocupação	04 - Ocupação:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:



