



(Preencher se não Houver Etiqueta)

Nome
Completo: _____

Idade
Registro _____

Leito: _____ Data Nasc. ____/____/____

Equipe Responsável: _____

PLANO TERAPÊUTICO

Queixa principal e duração do quadro:

Anamnese:

Exame Físico:

Exames Complementares indicados pelo quadro clínico

Hipóteses de diagnóstico:

Equipe Multidisciplinar: () Médico () Enfermagem () Nutrição () Fisioterapeuta () Psicólogo

() Fonoaudiólogo () Farmacêutico () Médico Especialista: _____

() Outro: _____

Conduta(s);

Previsão de Alta:.....

Pré Classificação

- Agudo
- Agudo Grave
- Crônico Agudizado
- Cuidados Paliativos

Classificação

- Agudo
- Agudo Grave
- Crônico Agudizado
- Cuidados Paliativos

Data ____/____/____ Hora ____:____

Carimbo e Assinatura _____