

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MS/DATASUS		HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTARÉM	
N.º DO BE		EMERGÊNCIA DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
NOME:		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
IDADE:		DATA DE NASCIMENTO: / /	DOC:
ENDEREÇO:		NÚMERO:	
MUNICÍPIO:		BAIRRO:	
LOCAL DE PROCEDÊNCIA:		UF: PA	CEP:
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
RESPONSÁVEL:			
MOTIVO DE ATENDIMENTO:		TELEFONE: ()	
CASO POLICIAL:			
CID. TRABALHO:		PLANO DE SAÚDE:	TRAUMA:
VEIO DE AMBULÂNCIA:			
PA: [X mmHg]	PULSO: []	TEMP.: []	
EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO-X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRRAFIA			
DADOS CLÍNICOS:			
DIAGNÓSTICO:		CID:	
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO DA MEDICAÇÃO	
DATA DE SAÍDA: ____/____/____		HORA DA SAÍDA: ____:____	
ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] A REVELIA			
[] DESISTÊNCIA [] ENC. AO AMBULATÓRIO			
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR): _____			
TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE): _____			
ÓBITO: [] ATÉ 48 H [] APÓS 48H / [] FAMÍLIA [] IML [] ANAT. PATOLÓG.			
AV. Presidente Vargas, Nº 1539 Santa Clara – CEP 68.005-110			