

**BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

MS/DATASUS		<b>HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTARÉM</b>	
N.º DO BE		EMERGÊNCIA DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
NOME:		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
IDADE:		DOC:	
DATA DE NASCIMENTO: / /		SEXO:	
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: [ ] RAIOS-X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA			
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 48 H / [ ] FAMÍLIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOLÓG.			
AV. Presidente Vargas, Nº 1539 Santa Clara – CEP 68.005-110			