



HRDC

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Ceiras-PI - Fone: (86) 3462-1213
CEP 64.500-005
CNPJ 08.553.564/013-71

FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do(a) Paciente: _____ Estado _____
Cidade _____
Endereço: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Registro do HRDC: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Nº Documento do Paciente: _____
Responsável: _____
Data do Nascimento: ____/____/____ SEXO: Masculino
Feminino

CLÍNICAS: Médica: Cirúrgica: Obstétrica:
Psiquiátrica: Pediátrica: Outras:

Data da Internação: ____/____/____ Às _____ hs
Data da Alta: ____/____/____ Às _____ hs

ANAMNESE:

RESUMO DA ALTA

Condições de Alta: Curado: Melhorado: Transferido:
Óbito: Por evasão: A pedido:

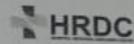
Data ____/____/____ Médico Responsável
CRM e CPF







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - HRDC
HISTÓRICO OBSTÉTRICO - PARTO E NASCIMENTO SEGURO



IDENTIFICAÇÃO:

Data: ___/___/___ Hora de Admissão: _____
 Nome: _____
 Procedência: _____ Idade: _____
 G. ___ P. ___ V. () C. () A. ___ DUM ___/___/___ IG Referenciada: Sim () Não ()
 VDRL: + () - () Anti-HIV: ___ ABO-RH: ___ COMBS INDIRETO: ___ USG 1º Trim. ___/___/___ IG: ___
 Alergias: _____ Outros: _____
 Histórico de reação anestésica: _____

QUEIXAS/HISTÓRIA OBSTÉTRICA:

EXAME OBSTÉTRICO INICIAL

FU: ___ cm Apresentação: () Cefálico () Pélvico () Cornica DU _____ em 10 min.
 Mov. Fetal: + () - () BCF:BCF- () BCF+ ___ bat/min
 Colo: () Dilatado (___ cm) () Não () Anterior () Posterior () Centralizado () Apagado ___ %
 De Lee: -4 () -3 () -2 () -1 () 0 () +1 () +2 () +3 () +4 ()
 Bolsa: () Inteira () Rota espontânea à _____ () Rota artificialmente à _____
 Líquido amniótico: () Claro () Esverdeado () Meconial () Sanguinolento () Outro: _____
 Sangramento anormal: () Sim () Não
 Conduta:
 Iniciado Partograma: () Sim () Não
 Cardiográfica: () Sim () Não
 Uso de antibiótico ()
 Uso de hidralazina ()
 Uso de sulfato de magnésio ()
 Solicitado exames ()
 Outros: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL DE INTERNAÇÃO:

PROFISSIONAL: _____

Carimbo / Assinatura

3962500



HRDC HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
Av. Rui Barbosa, 588 - Oeiras-PI - Fone: (88) 3462-1212
CEP: 64.500-000
CNPJ: 06.953.644/013-71

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE _____

DATA DE NASCIMENTO _____ PROFISSÃO _____

SEXO: MASC. FEM. Nº DOCUMENTO DO PACIENTE _____

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE _____

RACIA / COR: BRANCA PRETA AMARELA
PARDA INDIGENA SEM INFORMAÇÃO

FILIAÇÃO: PAI _____ MÃE _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO _____ ESTADO _____ CEP _____

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____

MOTIVO DO ATENDIMENTO

FORM. HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - 11/08 - 2010 - 001

