

## Boletim de Internação e Alta

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tel. Trabalho: \_\_\_\_\_

Pessoa Responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### ADMISSÃO

Clínica: \_\_\_\_\_ Enf: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s) Provisório(s): \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Procedimento(s) Solicitado(s): \_\_\_\_\_ SAMPHS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SAMPHS: \_\_\_\_\_

Intolerância a medicamentos?  Não  Sim Quais? \_\_\_\_\_

Internação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Médico Solicitante

Autorizo a realização de todos os exames pra esclarecer o diagnóstico, mesmo em se tratando de exames pós morte.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Pessoa Responsável

ALTA

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s) Secundário(s): \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Procedimento(s) Realizado(s): \_\_\_\_\_ SAMPHS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SMAPHS: \_\_\_\_\_

Condições de Alta:  curado  melhorado  inalterado  
 óbito  a pedido  indisciplina

Causa Mortis: \_\_\_\_\_

Alta em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ óbito em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Transferência para:  Outra Clínica  Outro Hospital

Motivo: \_\_\_\_\_

Pedida a Verificação da Causa Mortis?  Sim  Não  Polícia?  Sim  Não

Médico Responsável  
(ASSINATURA E CARIMBO)

## SUMÁRIO

História da Doença Atual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

História Médica Pregressa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exames Complementares:

- |  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma         | <input type="checkbox"/> Gasometria    | <input type="checkbox"/> E.C.G         | <input type="checkbox"/> Tomografia |
| <input type="checkbox"/> Coagulograma      | <input type="checkbox"/> Bacterológico | <input type="checkbox"/> BX Simples    | <input type="checkbox"/> Outros     |
| <input type="checkbox"/> Química do Sangue | <input type="checkbox"/> Líquor        | <input type="checkbox"/> BX Contratado |                                     |
| <input type="checkbox"/> Urina             | <input type="checkbox"/> EEG           | <input type="checkbox"/> Ecografia     |                                     |

### Procedimentos Especiais e Hemoterapia:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Albumina Humana                                    | <input type="checkbox"/> Diálise Peritonial |
| <input type="checkbox"/> FB Plasma Humana c/ Ação Anti-Inibidora Fator VIII | <input type="checkbox"/> Hemodiálise        |
| <input type="checkbox"/> Imunoglobulina Antitetânica                        | <input type="checkbox"/> Crioprecipitados   |
| <input type="checkbox"/> Estreptoquinase                                    | <input type="checkbox"/> Conc. de Plaquetas |
| <input type="checkbox"/> Anticorpo Anti-BM                                  | <input type="checkbox"/> Conc. de Hemácias  |
| <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral                                | <input type="checkbox"/> Sangue Total       |

Outros Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

