



**Grupo Brasileiro
de Classificação
de Risco**



Hospital São Geraldo
Fundação Municipal de Assistência à Saúde
FUMASA

SECRETARIA DE ESTADO DE MINAS GERAIS

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

Identificação do Paciente:		Registro:	
Nome:		Data: ____/____/____	Hora:
Idade:	Etnia:	Naturalidade:	ID:
Profissão/Ocupada:		Nome da Mãe:	
Endereço:		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:		UF

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Situação/Queixa:					
Fluxograma:					Nº
Discriminador:				Cor:	
Sat O2=	Glasgow=	Temp. Timp=	Glicemia=	Régua Dor=	FC=

VERMELHA	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
Emergente	Muito Urgente	Urgente 60	Pouco Urgente	Não Urgente
0 Min.	10 min.	60 min.	120 min.	240 min.

Classificador:		
Fluxo interno: (Encaminhamento dentro da instituição)		
Destino/Encaminhamento:		
Enf:	Coren:	Assinatura:
Coordenador:	Data:	Hora:
Reclassificação:		