



HOSPITAL SÃO GERALDO
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - FUMASA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____ DB: __/__/__ DATA: __/__/__

CARTÃO DO SUS: _____ NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

MANCHESTER

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

CLASSIFICAÇÃO:

COR:

TEMP:

DOR:

PULSO:

SAT.O2:

PA:

GLICEMIA:

GLASGOW:

CARIMBO/ASSINATURA DO ENFERMEIRO (A)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ANAMINESE:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA/PROCEDIMENTO:

CARIMBO/ASSINATURA DO MÉDICO (A)