

FICHA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

Nome:	D.N.:
Endereço:	
Sexo: Masculino () Feminino ()	

DADOS VITAIS:			
PA: / mmHg	TAX: °C	FC: bpm	
SAT: %	FR: irpm		

EXAME NEUROLÓGICO	
Resposta: () Ativa () Passiva	Comunicação: () Verbal () Por sinais () Prejudicada
Coordenação motora: () Boa () Ruim	Orientação: () Orientado () Desorientado

Febre referida: () Sim () Não	Tosse: () Sim () Não
Dor de garganta: () Sim () Não	Dispneia: () Sim () Não
Sinais de esforço respiratório (batimento de asas de nariz, tiragem intercostal, cianose, hipoxemia) () Sim () Não	
Comorbidade: () Sim () Não Se sim, qual(is)?	
Medicamentos de uso contínuo? () Sim () Não Se sim, qual(is)?	
Alergia: () Sim () Não Se sim, a quê?	

EVOLUÇÃO: _____

EXAMES SOLICITADOS:

PRESCRIÇÃO:

Joáima, ___ de _____ de 2020.