



Data: 06 / 02 / 23

Hora: 15 : 24

Nome do paciente:

Data de Nascimento: / /

1. Origem:

Procura Espontânea ()	Humana Saúde ()	SOS Unimed ()	Outros <input checked="" type="checkbox"/> Inst Adventista
------------------------	------------------	----------------	--

2. Queixa Principal:

Dor Torácica:	Irradiação:	Duração da dor:	Demais sintomas:
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Queimação <input type="checkbox"/> Pontada <input type="checkbox"/> Angústia	<input type="checkbox"/> MSE/MSD <input type="checkbox"/> Costas <input type="checkbox"/> Estômago <input type="checkbox"/> Mandíbula <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> < 15 minutos <input type="checkbox"/> 15 min a 2 horas <input type="checkbox"/> 2 a 6 horas <input type="checkbox"/> 6 a 12 horas <input type="checkbox"/> > 12 horas	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Tontura <input checked="" type="checkbox"/> Outros

3. Histórico Clínico:

<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Sedentarismo	<input type="checkbox"/> CAT
<input type="checkbox"/> ATP	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> MP	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> Arritmia	

4. Alergias

Sim Não Quais: _____

5. Nível de Consciência:

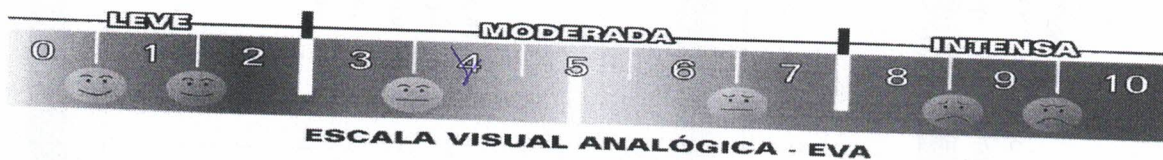
Consciente Orientado Confuso Comunicativo Agitado Sonolento

6. Mobilidade:

Acamado Deambula com Auxílio Deambula Cadeira de Rodas Repouso no Leito

7. Sinais Vitais:

Horário: _____	PA: <u>116</u> x <u>36</u>	P: <u>72</u>	T: <u>36 C</u>	FR: <u>18</u>	SPO2: <u>98</u>
Horário: _____	PA: _____ x _____	P: _____	T: _____	FR: _____	SPO2: _____



Escala de dor: 4

8. Destino:

<input type="checkbox"/> Alta Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Internação:	<input type="checkbox"/> Setor	<input type="checkbox"/> UTI	Outros: _____
<input type="checkbox"/> Plantão: 07-13:00 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Plantão: 13-19:00 horas	<input type="checkbox"/> Plantão: 19-07:00 horas		

Responsável: _____ *Julian*

Coren: *Suelma S. Gonçalves*
Enfermeira
COREN/PA 537197