



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

| | | | |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | Registro: | |
| NOME: | DATA: / / | HORA: : h | |
| IDADE: | ETNIA: | NATURALIDADE: | ID: |
| PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: | NOME MÃE: | | |
| ENDEREÇO: Rua/Av: | Nº | COMPL. | |
| BAIRRO: | CIDADE: | UF: | |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | | | |
| Situação/queixa: | | | |
| Fluxograma: | | | |
| Discriminador: | | Cor: | |
| Sat O2= | Glasgow= | Temp. mp= | Régua dor= |
| VERMELHA | LARANJA | AMARELO | VERDE |
| Emergente | Muito urgente | Urgente | Pouco urgente |
| 0 min | 10 min | 60 min | 120 min |
| | | | 240 min |
| DESTINO/ENCAMINHAMENTO: | | | |
| ENF: | COREN: | ASSINATURA: | |
| COORDENADOR: | DATA: / / | HORA: : h | |