



CEAE – CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA



Prioridade!

ADULTO – CONSULTA SUBSEQUENTE

4

NOME: _____

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ N° PRONTUÁRIO: _____

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAME FÍSICO

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____ TAX: _____

PA: _____ X _____ mmhg FC _____ bpm GLICEMIA : _____ mg/dl

EXAME FÍSICO GERAL:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CONDUTA/ENCAMINHAMENTO:

DATA: ____/____/____ ASSINATURA: _____ CARIMBO: _____

