

PRONTUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____

Nacionalidade: _____

Estado civil: _____

CPF: _____

RG: _____

Endereço completo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Número do prontuário: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL (se menor ou incapaz)

Nome completo: _____

Parentesco: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

HISTÓRICO CLÍNICO

Queixa principal:

História da doença atual:

Antecedentes pessoais:

Antecedentes familiares:

Hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física):

MEDICAÇÕES EM USO

Nome do medicamento | Dose | Frequência | Via de administração

ALERGIAS

Descrição das alergias (medicamentos, alimentos, outras):

EXAME FÍSICO

Sinais vitais:

Pressão arterial: _____ Frequência cardíaca: _____ Temperatura: _____
Frequência respiratória: _____ Saturação de O2: _____

Cabeça e pescoço:

Tórax e pulmões:

Coração:

Abdômen:

Extremidades:

Sistema neurológico:

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames realizados (data, tipo, resultado resumido):

DIAGNÓSTICO(S)

CONDUTA E TRATAMENTO

Medicações prescritas:

Orientações ao paciente:

Encaminhamentos e observações:

ASSINATURA DO MÉDICO

Nome completo: _____

CRM: _____

Assinatura: _____ Carimbo:

LOCAL E DATA

Cidade: _____ Estado: _____

Data: _____

Declaro que as informações acima foram registradas com base na consulta realizada e correspondem à verdade dos fatos clínicos do paciente.

Paciente ou responsável

Fonte original deste documento:

<https://documentos-br.com/prontuario-medico/>

Este modelo foi útil para você?

Confira outros modelos atualizados em:

<https://documentos-br.com>

Mais modelos

Este modelo é destinado exclusivamente para uso pessoal e não comercial.

Ao compartilhar ou publicar, a citação da fonte é obrigatória.

Este modelo tem caráter meramente orientativo e não constitui aconselhamento jurídico.

Recomenda-se consultar um profissional qualificado para casos específicos.