



# ADMISSÃO MÉDICA E PLANO TERAPÊUTICO

Nome :

Data de Nasc :

Cód :

Leito :

Conv. :

Médico :

## ADMISSÃO MÉDICA

### HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

### ANTECEDENTES MÉDICOS

### EXAME FÍSICO

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

### HÁBITOS DE VIDA

- ATIVIDADE FÍSICA     ALCOOLISMO     TABAGISMO     USO DE DROGAS  
 OUTROS

### MEDICAMENTOS EM USO

COMORBIDADES / DIAGNÓSTICOS     SEM COMORBIDADES

ALERGIAS     SEM ALERGIAS

### RISCOS DO PACIENTE

- BRONCOASPIRAÇÃO     FLEBITE     INSTABILIDADE CLÍNICA-ALERTA     PERDA DISPOSITIVO     SANGRAMENTO  
 OUTROS