UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE MARIA DA CONCEIÇÃO RESENDE

Fortuna de Minas

CONTROLE DIÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

D.R.S.: _____

NOME: _____

P.S ☐ C.S ☐ UM ☐ RESUMO

DIA ____ / MÊS ____ / ANO ____

ORDEM	MATRÍCULA	NOME	IDADE				COMPAREC.		DIAGNÓSTICO		Código Atend.	Exames Pedidos	Ocorrências	Retorno
			-1 anos	1 a 4 anos	5 a 14 anos	15 e + anos	1º	Subs.	Especificação	"CID"				

RESUMO

Total menos 1 ano .....

Total de 1 a 4 anos .....

Total de 5 a 15 anos .....

Total de 15 e mais anos .....

RESUMO

1 - Saídas _____ ☐

2 - Com doenças somat. e/ou psíquicas ☐

3 - Com lesões e env. ☐

4 - Sem diagnóstico firmado _____ ☐

destas nº que requer outro nível de Atenção Média ☐

destas nº que requer outros Exames não disponíveis nesta unidade ☐