Livro 3

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARMO DO PARANAÍBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAÚDE BUCAL

FICHA URGÊNCIA

34

Nome: _____ Telefone: _____

Profissão: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Data Nasc: ____/____/____

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____

Cartão SUS: _____ Prontuário Eletrônico: _____

ANAMNESE:

1 - Tem algum problema de saúde?

☐ Sim ☐ Não Qual? _____

2 - Já esteve internado por algum motivo?

☐ Sim ☐ Não Qual? _____

3 - Toma algum medicamento?

☐ Sim ☐ Não Qual? _____

4 - Já teve algum problema com anestesia?

☐ Sim ☐ Não Qual? _____

5 - Tem ou já teve qualquer enfermidade como:

- ☐ Febre reumática
- ☐ Desmaios
- ☐ Doença do coração
- ☐ Asma
- ☐ Alergia: _____
- ☐ Anemia
- ☐ Hemorragia
- ☐ Diabete
- ☐ Problema de rins, fígado
- ☐ Hemofilia

OBSERVAÇÕES:

_____

DATA: ____/____/____ Assinatura do Responsável: _____