

CSE SAMUEL B. PESSOA (BUTANTÃ)

MATR.: DATA: / /

ATENDIMENTO

 Individual Por Demanda Espontânea Grupo Agendado

Setor:



Gestante: Sim () Não ()

DUM (/ /)

Sintomático respiratório: Sim () Não ()

1. [S]ubjetivo**Medicamentos em uso:****CIAP:****Outros serviços que frequenta:****CIAP:****2. [O]bjetivo****Peso:****PA:****Glicemia:****3. [A]valiação****CIAP:****CIAP:****CIAP:****4. [P]lano****CIAP:****CIAP:****Encaminhamentos internos****Encaminhamentos externos****Vigilância:**