Hospital do Coração
HCor
Associação do Sanatório Sírio

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____

_____

Idade: _____ anos _____ meses

IH: _____ Leito: _____

Resumo de Alta / Transferência

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Diagnóstico principal: _____

Diagnósticos secundários: _____

_____

_____

_____

Procedimentos Cirúrgicos ☐ Não

1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos / Exames Invasivos ☐ Não

1- _____ Data: ____/____/____

2- _____ Data: ____/____/____

3- _____ Data: ____/____/____

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para: _____

Retornar: ☐ Consultório em _____ dias Aos cuidados de:. _____

Observações: _____

_____

Data: ____/____/____ _____ _____

Médico CRM / Carimbo

3000300034 - Aysso - 25x2 vias - Alt - 08/09