

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:		PRONTUÁRIO:	
NOME DA MÃE:			
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE	SEXO	PESO
CLÍNICA:	LEITO:		

DATA DA INTERNAÇÃO:

HOSPITAL:	UTI	ALTA DA UTI:	
INTERNAÇÃO ANTERIOR NOS ÚLTIMOS 90 DIAS:	SIM:	NÃO:	DATA:
DIAGNÓSTICO ATUAL:			
ALERGIA MEDICAMENTOSA:	SIM:	NÃO:	QUAIS:

HISTÓRICO PREGRESSO DO PACIENTE:

FUMANTE	SIM:	NÃO:	OBS:	ÁLCOOL	SIM:	NÃO:	OBS:
---------	------	------	------	--------	------	------	------

COMORBIDADES EXISTENTES:

OBSERVAÇÕES:

DATA: ___/___/___

FARMACEUTICO (A) RESPONSÁVEL/CRF/PB Nº

CONCILIAÇÃO (RE) MEDICAMENTOSA:

NÚMERO	MEDICAMENTOS (Incluir apresentação, dose, via e frequência de administração. Anotar se o paciente utiliza o medicamento de forma diferente daquela prescrita).	MEDICAMENTO PRESCRITO	MEDICAMENTO NÃO PRESCRITO	ALTERAÇÃO PRESCRITO COM	DESCRIÇÃO (Ex: Dose alterada, frequência de administração errada, medicamento substituído, etc.)	DISCREPÂNCIAS		
						SIM		NÃO
						INTENCIONAL	NÃO INTENCIONAL	
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO (A)

