

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Número de atendimento: _____ Prontuário: _____

Nome Da Mãe: _____

Data da Alta: ____/____/____

ORIENTAÇÃO DA ENFERMAGEM

Tipo de precaução:

Documentos entregue ao paciente: () Receituário Médico () Resumo de Alta () Atestado ()

Exames (Quais):

Outros:

Encaminhado ao PID: SIM () NÃO ()

Orientado quanto:

Curativos () Ferida Cirúrgica () Ostomia () Lesão por pressão () Outro ()

Quais:

entregue prótese/órtese: SIM () NÃO ()

Quais:

Conduta durante a internação:

Alta com:	SNE/GTT realizado teste para confirmar localização na data da alta SIM () NÃO ()
	SVD / data da passagem:
	Drenos tipo: _____ Orientação: _____
	Outros: _____ Orientação: _____

Orientado quanto ao uso de anticoagulante oral, antimicrobianos?

Medicamentos não padrão foram devolvidos ao paciente?

Outras orientações pertinentes:

Declaro que recebi as orientações acima, com as quais pude esclarecer totalmente dúvidas referentes ao meu tratamento.

Assinatura paciente/responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Data da Alta Hospitalar: ____/____/____

Ass. Responsável pela entrega do informe de alta