Exames Anteriores de Interesse ao Caso: ☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Hipóteses Diagnósticas:

Nutricional:	☐ Eutrofia	☐ Obeso	☐ Desnutrido Grave
Crescimento:	☐ Normal	☐ Vigilância	☐ Baixa Estatura
Alimentação:	☐ Adequada	☐ Inadequada	
DNPM:	☐ Adequado	☐ Inadequado	
Imunização:	☐ Atualizada	☐ Desatualizada	

Exames Solicitados para Investigação Atual:

Plano Terapêutico e/ou Investigação Diagnóstica:

Encaminhamento para Outros Especialistas (Citar Nome e Especialidade)

Nome do Médico Titular e/ou Responsável pelo encaminhamento:

Contato: **Telefone:** **Celular:** **Pager:**

Cometários:

Data	Nome do Médico / CRM	Assinatura do Médico
/ /		

ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Avaliação Inicial Médica Pediátrica

Preencher quando não houver etiqueta disponível

Paciente: _____

Nº Conta Corrente: _____

Prontuário: _____ *Nº Leito* _____

Data: ____/____/____ **Hora:** ____:____

Queixa e Duração:

História da Moléstia Atual:

Interrogatório Sobre os Diversos Aparelhos: ☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Geral: ☐ **ndn** Queixa

Tegumentar: ☐ **ndn** Queixa

Cabeça: ☐ **ndn** Queixa

Olhos: ☐ **ndn** Queixa

Ouvidos: ☐ **ndn** Queixa

Nariz: ☐ **ndn** Queixa

Boca / Garganta: ☐ **ndn** Queixa

Pescoço: ☐ **ndn** Queixa

Neurológico: ☐ **ndn** Queixa

DNPM: ☐ **ndn** Queixa

Respiratório: ☐ **ndn** Queixa

Circulatório: ☐ **ndn** Queixa

Digestivo: ☐ **ndn** Queixa

Urinário: ☐ **ndn** Queixa

Genital Feminino: ☐ **ndn** Queixa

Genital Masculino: ☐ **ndn** Queixa

Locomotor: ☐ **ndn** Queixa

EXAME MÉDICO

Geral

Peso:____kg **Est:**____cm **P.C:**____cm **FC:**____bat/min **FR:**____ **PA:**____mmHg **Temp:**____ºC **Sat O_2**____%

☐ BEG ☐ REG ☐ MEG ☐ Hidratado ☐ Desidratado I II III ☐ Ativo ☐ Hipoativo + + + + ☐ Agitado + + + +

☐ Corado ☐ Descorado + + + + ☐ Eupneico ☐ Dispneico + + + + ☐ Acianótico ☐ Cianótico ☐ Anictérico ☐ Ictérico + + + +

Cateter ☐ Não ☐ Sim

Local: _____

Comentários: _____

Tegumento

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Pele: ☐ NL ☐ Alterada _____ **Anexos:** ☐ NL ☐ Alterada _____

Ferimento: ☐ Não ☐ Sim Local: _____ **Gânglios:** ☐ Não ☐ Sim Local: _____

Comentários: _____

Segmento Cefálico

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Crânio: ☐ NL ☐ Alterado _____ **Fontanela:** ☐ NL ☐ Alterada _____

Olhos: ☐ NL ☐ Alterado _____ **Otoscopia:** ☐ NL ☐ Alterada _____

Orofaringe: ☐ NL ☐ Alterada _____ **Pescoço:** ☐ NL ☐ Alterado _____

Comentários: _____

Neurológico

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Consciência: ☐ NL ☐ Alterada _____ **Indice de Glasgow** _____

Deficits Motores: ☐ Não ☐ Sim Local: _____ **Pupilas:** ☐ NL ☐ Alterada: _____

Reflexos: ☐ NL ☐ Alterado Tipo: _____ **Marcha:** ☐ NL ☐ Alterada: _____

Equilíbrio: ☐ NL ☐ Alterado Tipo: _____ **Sinais Meningeos:** ☐ Sim ☐ Não **Convulsões:** ☐ Sim ☐ Não

Comentários: _____

Respiratório

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Deformidade Torácica: ☐ Sim ☐ Não _____ **Tiragem:** ☐ Sim ☐ Não _____

Estridor Laringeo: ☐ Não ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Intenso **Percussão Torácica:** ☐ NL ☐ Alterada _____

Ausculta Pulmonar: ☐ NL ☐ Alterada _____

Comentários: _____

Cardio circulatório

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Perfusão Periférica: ☐ Boa ☐ Reg. ☐ Ruim **Edema:** ☐ Sim ☐ Não **Local:** _____

Pulso Periférico: ☐ NL ☐ Alterado _____ **Ausculta cardíaca:** ☐ NL ☐ Alterado _____

Comentários: _____

Gastro intestinal

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Inspeção Abdome: ☐ NL ☐ Alterada _____ **Ausculta:** ☐ NL ☐ Alterado _____

Palpação Superficial: ☐ NL ☐ Alterada _____ **Palpação Profunda:** ☐ NL ☐ Alterada _____

Visceromegalias: ☐ Presente _____ **Massas/Tumorações:** ☐ Presente _____

Toque Retal: ☐ Não Realizado ☐ NL ☐ Alterada _____

Comentários: _____

Genito urinário

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Loja Renal: ☐ Livre ☐ Ocupada **Bexiga:** ☐ Palpável ☐ Não Palpável **Giordano:** ☐ Ausente ☐ Presente _____

Períneo: ☐ Normal ☐ Alterado _____ **Genitais Externos:** ☐ NL ☐ Alterado _____

Comentários: _____

Locomotor

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Articulações: ☐ NL ☐ Alterada _____ **Mobilidade:** ☐ NL ☐ Alterada _____

Coluna: ☐ NL ☐ Alterada _____ **Extremidades:** ☐ NL ☐ Alterada _____

Alterações Ósseas: ☐ Não ☐ Sim _____ **Alterações Muscular:** ☐ Não ☐ Sim _____

Fraturas: ☐ Não ☐ Sim Local _____

Comentários: _____

Antecedentes Pessoais:

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Antecedentes Familiares:

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

História Alimentar:

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Antecedentes Sócio-Econômicos:

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

Estado de Imunização Atual:

☐ **Nada digno de nota** ☐ Não se aplica

☐ **BCG**	Nº de Doses	☐ **Polio**	Nº de Doses	☐ **Triplice**	Nº de Doses	☐ **HiB**	Nº de Doses
☐ **Sarampo**	Nº de Doses	☐ **MMR**	Nº de Doses	☐ **Varicela**	Nº de Doses	☐ **Gripe**	Nº de Doses
☐ **Hep B**	Nº de Doses	☐ **Hep A**	Nº de Doses	☐ **Pneumo**	Nº de Doses	☐ **Rota**	Nº de Doses
☐ **Meningo A/C**	Nº de Doses	☐ **Meningo B/C**	Nº de Doses	☐ **Outras**	Nº de Doses		

Comentários