

Favor preencher com caneta esferográfica



ALBERT EINSTEIN  
HOSPITAL ISRAELITTA

**Continuidade do Tratamento e  
Orientações Pós Alta**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: \_\_\_\_\_

Passagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Receituário Médico

Não

Medicamento	Dose	Via	Frequência	Período
<b>Médico:</b> _____	<b>Assinatura:</b> _____	<b>CRM:</b> _____		

Retorno:  Sim  Não Agendar em \_\_\_\_\_ dias com o seu médico (a): \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES:** Em caso de emergência, comunique-se com seu médico (a) ou dirija-se a Unidade de Primeiro Atendimento

**Dieta Especial**  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

**Restrição para atividade física**  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ dias.

**Uso de Equipamentos Especiais**  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

**Necessidade de Reabilitação**  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

**Curativos**  Sim  Não  Evite molhar  
Trocar curativo:  Residência  UPA/hospital  \_\_\_\_\_

**Comunique seu médico se apresentar sangramento ou secreção**

**Dor:** Na presença de dor seguir a prescrição médica. Ao persistir o sintoma, comunique-se com seu médico (a)

Declaro que recebi em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ às \_\_\_ : \_\_\_ hs, explicações sobre essas orientações e tive oportunidade de fazer perguntas, sendo respondidas satisfatoriamente.

Nome do Paciente/Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente/Responsável: \_\_\_\_\_

Entregar para o paciente a 1ª via (original) e manter 2ª via no prontuário. 3ª via para que o paciente entregue ao seu médico.

