



**ALBERT EINSTEIN  
HOSPITAL ISRAELITA**

**Unidade de Primeiro Atendimento**  
**Relatório de:  Internação /  Alta**

**Preencher quando não houver etiqueta**

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

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

Prontuário: \_\_\_\_\_

**RESUMO DE ATENDIMENTO**

Início do Atendimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Queixa Inicial (  Retorno): \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_

Outra \_\_\_\_\_

Médico Externo  Enfermagem  G/O  Neuro  Cardio  Cirurgia  Ortopedia  Pediatria  Clínica \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_

Exames: \_\_\_\_\_

Procedimentos: \_\_\_\_\_

Informações Adicionais: \_\_\_\_\_

Sala de Observação | Hipótese na UPA: \_\_\_\_\_

**PREENCHER EM CASO DE ALTA ( Em caso de emergência, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo )**

Restrição de Atividades:  Repouso relativo  Repouso absoluto  Não dirigir ou operar máquinas  
 Não ingerir álcool  Sem restrição

Dieta Especial  Não

Obs: \_\_\_\_\_

Isolamento / Quarentena por \_\_\_\_\_ dias |  Afastamento da escola / trabalho por \_\_\_\_\_ dias

| Prescrição | Dose | Via | Frequencia | Período |
|------------|------|-----|------------|---------|
|            |      |     |            |         |
|            |      |     |            |         |
|            |      |     |            |         |
|            |      |     |            |         |

*O acompanhamento de sua doença ou internação deve ser feito por seu médico privado ou o indicado por seu convênio. \*  Ver exames em [www.einstein.br](http://www.einstein.br)\*  
Caso não disponha deles, faça contato com Indicações Médicas (3747-1233, opção 3) ou agende uma consulta com o nosso Médico de Retaguarda:*

Médico: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Retorne a UPA se não conseguir contato com seu médico e apresentar alguma das seguintes condições:

\_\_\_\_\_

*\*Alertamos que o pagamento de médicos privados, indicações ou retaguardas, bem como exames e procedimentos não-cobertos será de sua responsabilidade.\**

**PREENCHER EM CASO DE INTERNAÇÃO**

Outro Hospital \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / HIAE:  Cirurgia  UTI  Semi/Coro  Apto

Responsável: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES**

Final do Atendimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Assinatura - (Carimbo ou Nome Legível) \_\_\_\_\_ (Número do Conselho) \_\_\_\_\_

*Eu confirmo que entendi estas instruções, que tive oportunidade de questioná-las e as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente.*

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**CASO DE EMERGÊNCIA, dirija-se  
imediatamente ao Pronto Socorro mais próximo**



**EXCLUSIVO PARA O SAME**

CID - Diagnóstico principal 1) \_\_\_\_\_

CID - Diagnóstico secundário 2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

7) \_\_\_\_\_

8) \_\_\_\_\_

9) \_\_\_\_\_

10) \_\_\_\_\_

Código do Procedimento 1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

7) \_\_\_\_\_

8) \_\_\_\_\_

9) \_\_\_\_\_

10) \_\_\_\_\_

Causa externa 1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

**CODIFICADOR:** \_\_\_\_\_