



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**FORMULÁRIO ADMISSIONAL PARA ATENDIMENTO EM UNIDADE DE
REFERÊNCIA DE SÍNDROME GRIPAL**

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: _____ TEL/CEL: () _____

ENDEREÇO: _____

CNS: _____ CPF: _____

MOTIVO DA CONSULTA:

APRESENTA OU APRESENTOU FEBRE? _____

APRESENTA OU APRESENTOU SINTOMAS RESPIRATÓRIOS (TOSSE, CORIZA, DOR DE GARGANTA, FALTA DE AR, ESFORÇO OU DESCONFORTO RESPIRATÓRIO)?

APRESENTA OUTRAS COMORBIDADES? ()SIM ()NÃO

SE SIM, DESCREVA: _____

FAZ USO DE MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO? ()SIM ()NÃO

SE SIM, DESCREVA: _____

ALERGIA A MEDICAMENTOS? ()SIM ()NÃO

SE SIM, DESCREVA: _____

HISTÓRIA DE CIRURGIAS PRÉVIAS OU INTERNAÇÕES RECENTES? ()SIM ()NÃO

SE SIM, DESCREVA: _____

Av. Germano Stabenow s/nº, Centro – Laranja da Terra - ES – CEP 29.615-000.

Telefone (27) 3736-1323 – e-mail: saude@laranjadatterra.es.gov.br

CNPJ nº 14.790.251/0001-21 www.laranjadatterra.es.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SINAIS VITAIS

TEMPERATURA AXILAR/TESTA (TAX): _____

FREQÜÊNCIA CARDÍACA (FC): _____

FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR): _____

SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (SAT): _____

PRESSÃO ARTERIAL: _____

OBSERVAÇÃO 1: CASO A PESSOA APRESENTE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS GRAVES OU OUTRO SINAL E SINTOMA PREOCUPANTE, ACIONE IMEDIATAMENTE ENFERMEIRO (A) E/OU MÉDICO (A). CASO CONTRÁRIO, MANTENHA A PESSOA COM MÁSCARA E SOLICITE QUE AGUARDE A VEZ.

OBSERVAÇÃO 2: TODOS OS PACIENTES DEVEM ENTRAR DE MÁSCARA. SOLICITE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL ANTES DE ENTRAR NA UNIDADE E QUE EVITE TOCAR NO ROSTO E EM SUPERFÍCIES.