



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

**FORMULÁRIO ADMISSSIONAL 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](mailto:saude@laranjadatterra.es.gov.br)

CNPJ nº 14.790.251/0001-21 [www.laranjadatterra.es.gov.br](http://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):** \_\_\_\_\_

**FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC):** \_\_\_\_\_

**FREQUÊNCIA 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.**