**MODELO - Prontuário do paciente (com indicações de preenchimento)**

*Marca ou símbolo do estabelecimento ou serviço de saúde*

Nome do estabelecimento ou serviço de saúde

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro meio de contato

**PONTUÁRIO DO PACIENTE**

Número do prontuário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de abertura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: [ ] M [ ] F

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome, telefone ou outro meio de contato do responsável/cuidador (se aplicável): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico(s) do paciente (se aplicável):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escolaridade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ocupação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Limitação: [ ] Cognitiva [ ] Locomoção [ ] Visão [ ] Audição [ ] Outras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Data:\_\_/\_\_\_/\_\_\_.*

S: [**Registro dos dados coletados** - dados SUBJETIVOS: sintomas identificados pelo paciente/cuidador, crenças, preocupações e outras dados clínicos (história clínica); tentativas de tratamento e expectativas]

O: [**Registro dos dados coletados** - dados OBJETIVOS: sinais ou dados mensurados e/ou observados, incluindo resultados de exame].

A: [AVALIAÇÃO - análise dos dados subjetivos e objetivos, a fim de **identificar a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do paciente**, considerando as intervenções possíveis, os fatores que agravam os sinais/sintomas, e os sinais de alerta para encaminhamento].

P: [PLANO - Na elaboração do plano, devem ser definidos os **objetivos** terapêuticos, as **intervenções** e os **critérios de acompanhamento** para avaliação dos resultados. As opções de intervenção selecionadas podem incluir: terapias farmacológica e não farmacológica, e outras intervenções relacionadas ao cuidado, como o encaminhamento.].

Assinatura, Nome e CRF/UF (carimbo ou de próprio punho)]