



Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS
Cep: 93210-180 - Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
CNPJ: 13.183.513/0001-27

Altas, Baixas e Alteração de Dietas

Nome: _____

Leito: _____

Dieta: _____

Para: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

Assinatura com carimbo

Código 7178 - Formulário atualizado em Dezembro de 2016

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que:

o (a) sr. (a) _____

compareceu neste Serviço, no horário das _____ às _____.

☐

em atendimento

☐

em acompanhamento de _____

Data: ____/____/____

Nome do médico, CRM e assinatura

FINALIDADE: () Admissional () Mudança de Função
() Periódico () Retorno ao trabalho
() Demissional

Atesto para os fins de cumprimento da NR-7 da Portaria 3214/78 alterada pelas
Portaria n° 24/94 e de 08/05/96 do Ministério do Trabalho, que o

Sr.(a) _____

Identidade/CPF n° _____ Função: _____

Sector: _____ foi por mim examinado, tendo sido considerado:

() Apto () Inapto

RISCOS OCUPACIONAIS () Presentes () Ausentes

() Físicos: _____

() Químicos: _____

() Biológicos: _____

() Ergonômicos: _____

() Acidentes: _____

Tendo realizado os seguintes procedimentos médicos/exames complementares:

_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

Local: _____ Data: ____/____/____



Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Dihel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que _____ recebeu atendimento neste

Serviço, no dia ____/____/____, e necessita afastamento de suas atividades por _____ dias, à partir de ____/____/____.

Diagnóstico: _____ CID: _____

Obs: é vedado ao médico revelar o CID e diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do Código de Ética Médica.

O atendimento de Emergência não substitui a necessidade do acompanhamento ambulatorial.

Recomenda-se revisão:

☐ Médico da Unidade Sanitária ☐ Médico da Empresa ☐ Médico Assistente ☐ _____

Data: ____/____/____

Nome do médico, CRM e assinatura

Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

Paciente ou Responsável Legal

RECUSA DE ATENDIMENTO	TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso o atendimento, assumindo total responsabilidade de tal recusa, isentando o SAMU de Sapucaia do Sul de qualquer responsabilidade advinda deste ato. Nome: _____ Documento: _____ Assinatura: _____ Testemunha: _____ Documento: _____ Assinatura: _____
	DADOS DA EQUIPE: Médico: _____ Enfermagem: _____ Condutor: _____



Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

BOLETO DE AGENDAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS

Nome do paciente: _____ SPP: _____

Tel. do paciente: (____) _____ Cirurgia proposta: _____ CÓD.: _____

Data da cirurgia: ____/____/____ Horário: ____h____min Anestesia (geral / local): _____

Observações: (materiais especiais - prótese, telas, etc): _____

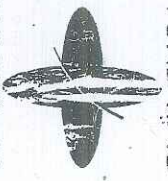
_____/____/____

Médico cirurgião
(assinatura e carimbo)

Data da cirurgia

Responsável no BC
(assinatura e carimbo)

O agendamento da cirurgia será feito na recepção do Bloco Cirúrgico,
SOMENTE mediante a apresentação deste boleto.



FUNDAÇÃO
HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - DiHel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhss.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Peso: _____ Altura: _____ Alergias: () N () S Quais: _____
Fumante: () N () S Quantidade: _____ Doenças prévias: () N () S Quais: _____

ETIQUETA DO PACIENTE

Procedimento: _____

Data: ____/____/____ Início: _____ Término: _____ Sala: _____

Cirurgião: _____ Instrumentador: _____

Anestesiata: _____ Circulante: _____

ATB Profilático: () Sim () Não Qual: _____

Potencial de contaminação: () Limpa () Potencialmente contaminada () Contaminada () Infectada - Tricotomia a menos de 2 horas: () Sim () Não

CH: GADA AO BC	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DO PACIENTE DEIXAR A SALA	NA ALTA DA SR
Confirmar: () Nome do paciente () Procedimento () Cirurgiã () Folha de internação () Laudo AIH () FA () NPO () Exames laboratoriais () Prótese dentária Entregue _____ () Pertences pessoais	Confirmar: () Lado D () Lado E () Termo de consentimento assinado () Placa de bisturi no local: _____ () Sangue disponível () S () N () não se aplica () Instrumental preparado e esterilizado () OPME () Equipamentos disponíveis e funcionantes	Confirmar: () Descrição cirúrgica () Prescrição médica () Relatório de OPME preenchido () Gasto de materiais () Gasto de medicamentos () Escala de Aldrete () Relatório de anestesia () Anatomia Patológico/Peca/Identificação/ Pedido completo e assinado () Raio-x para laudo () Laudo AIH preenchido por _____	Confirmar: () Documentos do prontuário () Folha de registros () Evolução do enfermeiro () Medicamentos () Exames laboratoriais () Exames de imagem () 1ª via do check list no prontuário () 2ª via do check list fica no BC () Reter laudo no BC (pro: colocar e colocar na pasta de laudos)
TÉCNICO/AUXILIAR	CIRCULANTE DA SALA		ENFERMEIRO
Preenchido por: _____	Médico: _____	Preenchido por: _____	

CIRURGIA SUSPENSÃO

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| () Paciente não internou | () Procedimento não autorizado | () Atraso do cirurgião |
| () Paciente sem condições clínicas | () Falta de documentos | () Atraso do anestesista |
| () Paciente sem NPO | () Falta de material | () Atraso do paciente |
| () Óbito do paciente | () Falta de funcionário | () Outros: _____ |



FUNDAÇÃO
HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Hospital Municipal Getúlio Vargas - Ambulatório de Especialidades
Travessa Aliança, S/Nº - Diel - Sapucaia do Sul - RS
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

CONSULTA OFTALMOLÓGICA

PACIENTE: _____

QP: _____

() CATARATA

() REFRAÇÃO

() CÓRNEA

() RETINA

() ESTRABISMO

() TRAUMA

() GLAUCOMA

() TUMORES

() PLÁSTICA

() UVEITES

() REABILITAÇÃO VISUAL

() OUTROS _____

AF: _____

ÓCULOS

OD

OE

AR

OD

OE

AV: S/C

OD

OE

C/C

OD

OE

AV: PH

OD

OE

K

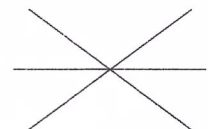
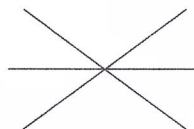
OD

OE

INSPEÇÃO:

Hirschberg: _____

Cover / Uncover: _____



REFRAÇÃO P/L:

OD

OE

PIO

OD

Ad:

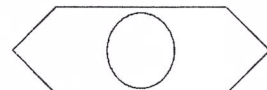
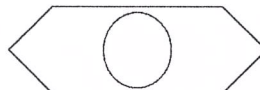
OE

(:hs)

BIOMICROSCOPIA

OD

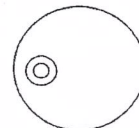
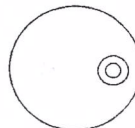
OE



FUNDO DE OLHO

OD

OE



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

CONDUTA: _____

DATA: ____/____/____

MÉDICO (assinatura / carimbo)



FUNDAÇÃO
HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTO POR PACIENTE

PACIENTE: _____ SPP: _____ DATA: ____/____/____

Medicamento/Forma Farmacêutica	Qtde	Justificativa
FUNCIONÁRIO: _____		



FUNDAÇÃO
HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Hospital Municipal Getúlio Vargas

Rua Pinheiro Machado, 331 - Dihel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180

Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

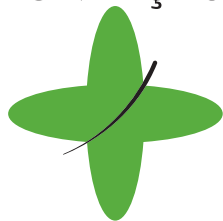
PACIENTE: _____

EXAME: _____

Nº EXAME: _____

DATA: ____/____/____

FUNDAÇÃO



HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Centro de Especialidades - CNPJ: 13.183.513/0012-80
Rua Pinheiro Machado, 243 - Diel - Sapucaia do Sul/RS
Cep: 93.210-180 Fone: 35418200 - Ramal 354 ou 985991051
especialidades@fhgv.com.br

EXAME DE REFRAÇÃO

Nome: _____

PARA LONGE

ESF _____	ESF _____
CIL _____	CIL _____
CIL _____	CIL _____
EIXO _____	EIXO _____
EIXO _____	EIXO _____
D.N.P. _____	

PARA PERTO

ESF _____	ESF _____
CIL _____	CIL _____
CIL _____	CIL _____
EIXO _____	EIXO _____
EIXO _____	EIXO _____
D.N.P. _____	

Sapucaia do Sul, _____ de _____ de 20_____.

Médico: _____ CRM: _____

[illegible]

FICHA DE RETORNO

Paciente: _____

Retorno

() 1 mês ____/____/____

() 3 meses ____/____/____

() 6 meses ____/____/____

() com exames: _____

() Alta (retorno UBS ou ESF)

Data: ____/____/____ _____

Assinatura e carimbo médico

- Este documento não será aceito com rasura.
- Para agendamento e reconsulta, será obrigatória a apresentação deste documento.

FICHA DE RETORNO

Paciente: _____

Retorno

() 1 mês ____/____/____

() 3 meses ____/____/____

() 6 meses ____/____/____

() com exames: _____

() Alta (retorno UBS ou ESF)

Data: ____/____/____ _____

Assinatura e carimbo médico

- Este documento não será aceito com rasura.
- Para agendamento e reconsulta, será obrigatória a apresentação deste documento.

FICHA DE RETORNO

Paciente: _____

Retorno

() 1 mês ____/____/____

() 3 meses ____/____/____

() 6 meses ____/____/____

() com exames: _____

() Alta (retorno UBS ou ESF)

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo médico

- Este documento não será aceito com rasura.
- Para agendamento e reconsulta, será obrigatória a apresentação deste documento.



FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS - MATERIAIS

PACIENTE:				SPP:	
PROCEDIMENTO:				SALA:	
DATA:		INÍCIO:		TÉRMINO:	
MATERIAL MÉDICO	QTD	MATERIAL MÉDICO	QTD	FIO CIRÚRGICO	QTD
Abocath N°		Equipo microgotas		Fita cardíaca	
Agulha desc. 13 x 4,5		Esparadrapo		Catgut simples s/ag N°	
Agulha desc. 25 x 7		Frasco para anátomo		Catgut simples c/ag N°	
Agulha desc. 25 x 8		Filtro HEPA		Catgut cromado s/ag N°	
Agulha desc. 40 x 12		Fita adesiva		Catgut cromado c/ag N°	
Agulha Raqui N°		Fita HGT		Mononylon N°	
Algodão hidrofílico		Gase vaselinada		Prolene N°	
Algodão laminado 10cm		Lâmina de bisturi N°		Seda s/ag N°	
Algodão laminado 20cm		Luva cirúrgica 7.0		Seda c/ag N°	
Aparelho de Tricotomia		Luva cirúrgica 7.5		Vicryl N°	
Apósito		Luva cirúrgica 8.0			
Atadura crepom 10cm		Luva cirúrgica 8.5		HIGIENIZAÇÃO	QTD
Atadura crepom 15cm		Luva de procedimento		Álcool 70%	
Atadura crepom 20cm		Micropore		Escova degermante	
Atadura gessada 10cm		Óculos nasal		Formol	
Atadura gessada 15cm		Plástico de mesa		Iodofor aquoso	
Atadura gessada 20cm		Perfusor		Iodofor alcoólico	
Baby clamp		Seringa descartável 1ml		Máscara descartável	
Bolsa de colostomia		Seringa descartável 3ml		Saco plástico para lixo	
Campo operatório 45 x 50		Seringa descartável 5ml		Touca descartável	
Cânula de traqueostomia N°		Seringa descartável 10ml		EQUIPAMENTOS	HORAS
Catéter de oxigênio N°		Seringa descartável 20ml		Aspirador portátil	
Coletor da urina - UROKIT		Sonda de aspiração N°		Berço aquecido	
Compressa gaze 10 x 10		Sonda Folley 2 vias N°		Carro de anestesia	
Dânula 3 vias		Sonda nasogástrica N°		Desfibrilador	
Dreno de Kher N°		Sonda Uretral N°		Eletrocautério	
Dreno de Portovac N°		Tampão vaginal		Intensificador de imagem	
Dreno de Tórax N°		Transofix		Mesa ortopédica	
Dreno de Fenrose N°		Tubo aramado N°		Microscópio	
Eletrodos descartáveis		Tudo endotraqueal c/ balão N°		Monitor multiparâmetro	
Equipo macrogotas		Tudo endotraqueal s/ balão N°		Perfurador pneumático	
GASOTERAPIA	HORAS	ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS			
Óxido nitroso		MATERIAL	QTD	FIRMA	QTD
Oxigênio		Capa de videolaparoscopia			
O2		Clipe de titâneo			
Nitrogênio		Tela de polipropileno			
SOLUÇÕES	QTD	Grampeador			
Água destilada 1000ml					
Gelatina sol. inj. 3,5% 500ml					
Ringer lactato 1000ml					
SF 0,9% 1000ml		CIRURGIÃO:		INSTRUMENTADOR:	
SF 0,9% 500ml		MÉDICO AUXILIAR:		CIRCULANTE:	
SF 0,9% 100ml					
SG 5% 1000ml		ANESTESISTA:		ENFERMEIRO:	
SGF 1000ml					



Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Dihel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS - MEDICAMENTOS

PACIENTE:	SPP:
PROCEDIMIENTO:	SALA:

DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
-------	---------	----------

CÓD	MEDICAMENTOS DA MALETA	QTD	UTIL	CÓD	MEDICAMENTOS CONTROLADOS DA MALETA	QTD	UTIL
208	Adrenalina 1mg/ml	04		23	Cetamina 500mg/10ml	01	
65	Amiodarona 150mg/3ml	01		258	Diazepam 10mg/2ml	01	
71	Atropina 0,5mg/ml	06		78	Droperidol 5mg/2ml	03	
276	Bicarbonato de sódio 8,4% 10ml	05		246	Fenitoína 250mg/5ml	01	
30	Bupivacaína isobárica 0,5% 4ml	01		14	Fentanil 0,5% 2ml sem conservante	02	
26	Bupivacaína 0,5% sem vasoconstritor 20ml	01		15	Fentanil 0,5% 10ml	01	
28	Bupivacaína 0,75% sem vasoconstritor 20ml	01		75	Flumazenil 0,5mg/5ml	01	
31	Bupivacaína hiperbárica (pesada) 0,5% 4ml	02		260	Midazolam 15mg/3ml	01	
104	Cefalotina 1g	02		17	Morfina 10mg/ml	01	
105	Cefazolina 1g	02			Morfina 0,2mg/ml	01	
106	Cefoxitina 1g	02		20	Naloxona 0,4mg/ml	01	
471	Cetoprofeno 100mg EV	02		19	Tramadol 100mg/2ml	02	
87	Clonidina 0,15mg/ml	01					
04	Dipirona 1g/2ml	02					
160	Dexametasona 1m mg/2,5ml	02					
209	Dopamina 50mg/10ml	05					
210	Efedrina 50mg/ml	02					
100	Gentamicina 40mg/ml	02		MEDICAMENTOS DO ESTOQUE		QTD	UTIL
99	Gentamicina 80mg/2ml	02		173	Atracúrio 25mg/2,5ml	10	
280	Glicose 50% 10ml	01		34	Lidocaína 10% aerossol 50ml	01	
274	Gluconato de cálcio 10% 10ml	01		22	Isoflurano 1mg/ml	04	
196	Heparina 2500UI/5ml	01		149	Metronidazol 500mg/100ml	02	
162	Hidrocortisona 100mg	01		155	Neomicina+Bacitracina (5mg+250UI/G) 10g pomada	01	
163	Hidrocortisona 500mg	01		24	Propofol 200mg/20ml	10	
08	Hioscina + Dipirona (20mg+2,5g/5ml)	01		207	Gelatina 3,5% 500ml	02	
32	Lidocaína 2% sem vasoconstritor 20ml	01		639	Retinol+Acetato+AA+Metionina+Cloranfebicol 3,5g pomada oftálmica	01	
180	Metilergometrina 0,2mg/ml	02		378	Sevoflurano 1mg/ml	01	
80	Metoclopramida 10mg/2ml	01		25	Tiopental 1g	02	
1106	Metoprolol tartarato 5mg/5ml	01					
179	Neostigmina 0,5mg/ml	06					
1675	Ondasetrona 4mg/2ml	02					
182	Oxitocina 5UI/ml 1ml	05					
08	Prometazina 50mg/2ml	01					
175	Succinilcolina 500mg	01					
34	Lidocaína 2% geléia	01					
				Nº DO LACRE:			

CIRURGIÃO:	INSTRUMENTADOR:
MÉDICO AUXILIAR:	CIRCULANTE:
ANESTESISTA:	ENFERMEIRO:

FUNDAÇÃO



HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas

Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180

Fone: (51) 3451.8200

www.fhss.com.br

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

MEMORANDO

Memorando nº: _____

Data: ____/____/____

De: _____

Para: _____

Assunto: _____

Material/Estoque				
	Pedido CME	Devolução CME	Devendo	Total
Aminioscópio				
Aminiótomo				
Bacia				
Band. Cesárea				
Band. Curetagem				
Band. Parto				
Band. Raqui				
Caneta Cautério				
Carpule				
Cuba Rim				
Curativo Dren. Tórax				
Drenagem				
Filtro de Respirador				
Fórceps				
Frasco				
Intracath				
Pacote Cirúrgico				
Pacote Parto				
Pinça Sharon				
Punção Lombar				
Retirada de Pontos				
Sonda Vesical				
Sutura				
Toracotomia				
Traquéia				

HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- A prescrição é válida por 24 horas e deve ser emitida até às 12 horas de cada dia.
- Utilize nova folha a cada dia.
- Pressione a caneta.

ETIQUETA DO PACIENTE

Horário de
Aprazamento

4/4h - 20h - 24h - 4h - 8h - 12h - 16h
6/6h - 24h - 6h - 12h - 18h
8/8h - 22h - 6h - 14h
12/12h - 22h - 10h

Enfermagem (carimbo e assinatura)

Aprazado:

Recebido:

Descrição Médica

Aprazamento (horário)

Solicitado

Fornecido

Aux./Téc. de Enf. MANHÃ

Aux./Téc. de Enf. TARDE

Aux./Téc. de Enf. NOITE

CARIMBO E ASSINATURA

CARIMBO E ASSINATURA

CARIMBO E ASSINATURA

Data:

Médico (carimbo e assinatura):



Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

Data: ____/____/____

Nome do médico, CRM e assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Identidade: _____

Órgão emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



FUNDAÇÃO
HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Dihel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

RECEITUÁRIO MÉDICO



FUNDAÇÃO**HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS**

Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Saúde

Nome

Identificação do Paciente

Data de Nascimento

Idade

Sexo

Número do Prontuário

☐ F☐ M

Nome da Mãe

Cartão SUS

Endereço

Número/Complemento

Bairro

Cidade

CEP

Telefones

PROCEDIMENTO SOLICITADO**MARCAÇÃO DE PROCEDIMENTO**

Procedimento

Serviços de Saúde Referenciado

Profissional

Área

Sala

Data Agendada

Hora

Sequência

Endereço

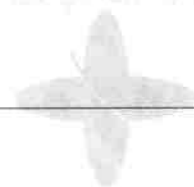
Número/complemento

Bairro

Cidade

Telefone

Informações para Referência



CID principal

Carimbo e assinatura do profissional

Data __/__/__

Informações para Contra-Referência

Carimbo e assinatura do profissional

Data __/__/__



 FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS	Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27
	REGISTRO DE CUIDADOS

FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS	Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27
	REGISTRO DE CUIDADOS

Paciente: _____ Leito: _____

Médico: _____

Paciente: _____ Leito: _____

Médico: _____

[illegible]

		Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27	
REQUISIÇÃO DE EXAMES			
PACIENTE:		ETIQUETA	
SPP:	LEITO:		
ORIGEM () Emergência () Ambulatório () Internação			
INFORMAÇÕES CLÍNICAS		HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	
EXAMES SOLICITADOS () LABORATÓRIO () SADT			
DATA	HORA	ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO REQUISITANTE	



Fundação Hospitalar Getúlio Vargas

Rua Pinheiro Machado, 331 - Dihel - Sapucaia do Sul - RS

Cep: 93210-180 - Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br

CNPJ: 13.183.513/0001-27

Nome: _____

Quarto: _____ **Leito:** _____ **Data:** _____

Sol.: _____ % _____ ml

Sol.: _____ % _____ ml

Sol.: _____ % _____ ml

Gotas p/ minuto:

Início: _____ **Término** _____

Ass. Resp. _____ **Téc. Enf.** _____



FUNDAÇÃO
HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

TROCA DE FOLGA

Eu, _____ CP _____, funcionário do
setor _____ solicito troca de folga do dia ____/____/____
para o dia ____/____/____.

MOTIVO: _____

Sapucaia do Sul, _____ de _____ de _____.

SOLICITANTE

RESPONSÁVEL DO SETOR

CHEFIA DE ENFERMAGEM

OBS: MÁXIMO DE 02 TROCAS POR MÊS



Hospital Municipal Getúlio Vargas
Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180
Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br
Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27

TROCA DE PLANTÃO

Eu, _____ CP _____, funcionário do
setor _____ solicito troca de plantão com o (a) funcionário (a)
_____, setor _____.

O mesmo fará para mim no dia ____/____/____ e eu farei para o referido no dia ____/____/____.

MOTIVO: _____

Sapucaia do Sul, _____ de _____ de _____.

SOLICITANTE

RESPONSÁVEL DO SETOR

SUBSTITUTA

CHEFIA DE ENFERMAGEM