

6-000

TRIAGEM DE FISIOTERAPIA - COMPLEXO MUNICIPAL DE SAÚDE



Data:		ESF:	
Dados Pessoais			
Nome:		Idade:	Data Nasc.:
Sexo:	Estado Civil	Naturalidade:	
Endereço:		Bairro	Telefone
Profissão atual:		Ocupação:	
Acompanhante:			
Exames Complementares: () Raio-X () US () RM			
Dor Local? _____			
Cirurgias? () Sim () Não	Metal no corpo? () Sim () Não	Onde?	
Como o paciente chegou a sala de triagem?			
() Marcha Independente		() Muletas	() Andador
() Cadeira de Rodas		() Bengala	() Outros:
Outras Observações:			
Prioridade: () Baixa () Moderada () Alta	Grupo de Dor no ESF ()	Semanal 2x () 1x ()	Procedimento <u>02.11.03.007-4</u>
Assinatura do Técnico Responsável			

AGENDAMENTO		
Sessão	Data	
1	/	/ .
2	/	/ .
3	/	/ .
4	/	/ .
5	/	/ .
6	/	/ .
7	/	/ .
8	/	/ .
9	/	/ .
10	/	/ .