

Preencher o documento com letra legível



PREFEITURA DA CIDADE DO  
**RIO DE JANEIRO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA AP3.1  
Rua São Godofredo s/nº - Penha CEP21021-230  
Cap31@rio.rj.gov.br

RELATÓRIO DE VISITA – PACIENTES EM USO DE  
OXIGENOTERAPIA

Unidade:

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE: <b>Nome completo</b>		SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
	MATR/PRONTUÁRIO:	CPF:	IDENTIDADE:	DATA DE NASCIMENTO: / /
	ENDEREÇO:		CEP:	
	BAIRRO:	MUNICÍPIO:	TELEFONE(S):	
MOTIVO DA VISITA:				
HISTÓRIA SUMÁRIA:				
<b>Medicações em uso</b>				
<b>Equipamentos na residência</b>				
<b>Fluxo de Oxigênio - L/min</b>				
<b>Home Care</b>				
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (CID): <b>Informar TODOS os agravos do usuário</b>				
OBSERVAÇÕES: <b>Internações</b>				
<b>Insuficiência no aporte de oxigênio mensal</b>				
<b>Intercorrências</b>				
<b>Outros</b>				
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO USUÁRIO:				
DATA DA ÚLTIMA CONSULTA: / /		DATA DA PRÓXIMA CONSULTA: / /		
<b>Data da consulta com pneumologista</b>				
ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL:				
ASSINATURA E CARIMBO DO VISITADOR:		<b>Data da vista mensal do médico/enfermeiro da equipe</b>		
		DATA: / /		

\* O documento deve ser preenchido por médico e/ou enfermeiro após avaliação clínica do usuário.