



**HOSPITAL HÉLIO MOTEZANO DE OLIVEIRA**  
 AV. JOÃO JASBICK, 520 - BAIRRO AEROPORTO - S. A. DE PÁDUA - RJ



**Boletim de Atendimento Médico (BAM)**

Nº de Atendimento: ..... Data: ...../...../..... Hora: ..... Cartão do SUS: .....

Nome: ..... Idade: .....

Filiação: .....

CPF: ..... Identidade: .....

Profissão: ..... Telefone para contato: ..... Sexo:  M  F

Data de Nascimento: ...../...../..... Cor: ..... Nacionalidade: ..... Naturalidade: .....

Endereço: ..... Nº: ..... Complemento: .....

Bairro: ..... Município: ..... UF: ..... CEP: .....

Assinatura Recepcionista: .....

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Chegou como:  Viatura Policial  Samu  Outros Meios  GSE

Origem:  Residência  Via Pública  Outra Unidade de Saúde

Nível de Consciência:  Lúcido  Entubado  Comatoso  Cianótico

Pupilas:  Reagente  Midríase  Miose  Isocoria  Anisocoria

Causa Alegada:  Trauma  Ocorrência policial  Acidente de Trabalho

Queixa: ..... Doenças Pré Existentes: .....

Local da ocorrência: .....

Clínica Médica  Cirurgia Geral  Neurocirurgia  Outros  Pediatria

Classificação de Risco:  Vermelho  Azul  Amarelo

Pressão Arterial	Pulso	Temperatura	Freq. Resp

**ATENDIMENTO**

Anamnese: .....

Procedimento Proposto: .....

Diagnóstico: .....

Assinatura/carimbo pelo Responsável: .....

Exames Complementares:

Hemograma  Bioquímica  Urina

Raio X  Ultrassom  ECG  Liquor

EGG  Tomografia Computadorizada

Outros: .....

<p>Saída do Paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> Alta</p> <p><input type="checkbox"/> Internação: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Removido: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Óbito</p>	<p>Para Óbito</p> <p><input type="checkbox"/> Antes de 24h</p> <p>Destino do Corpo:</p> <p><input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML</p>
<p>Data: ...../...../..... Hora: ..... : .....</p>	<p>Data: ...../...../..... Hora: ..... : .....</p>

