

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DAS ALTAS DO HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO

DATA DA VISITA DOMICILIAR: ____/____/____

UBS: _____.

ÁREA: _____. MICRO-ÁREA: _____. ACS: _____. PRONTUÁRIO: _____.

NOME: _____. DN: ____/____/____.

NOME DA MÃE: _____.

ENDEREÇO: _____.

CONTATO: _____.

DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO: _____. **DIA ALTA HIPA:** ____/____/____.

1. A criança faz acompanhamento na Unidade? () Sim () Não

Se não, onde faz? _____.

2. Quantas internações a criança teve no período de um ano? _____.

Qual diagnóstico das internações? _____.

3. Está em tratamento? () Sim () Não

Se sim, qual terapêutica? Descreva: _____.

4. Houve melhora nos sinais e sintomas? () Sim () Não

Se não, quais permanecem? _____.

5. Vacinas estão em dia? () Sim () Não

Se não, qual vacina está atrasada? _____.

6. Necessidade de acompanhamento com algum profissional? () Sim () Não

Se sim, qual? _____.

Agente Comunitário de Saúde_____
Enfermeiro da ESF