

## 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