

Prontuário médico

Modelo em duas partes: a ficha de abertura (primeira consulta) e a folha de evolução no método SOAP (retornos).
Itens conforme a Resolução CFM 1.638/2002.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:	
Data de nascimento:	Sexo:
CPF / documento:	Nº do prontuário:
Telefone:	E-mail:
Endereço:	
Convênio / particular:	Responsável (se menor ou incapaz):

PRIMEIRA CONSULTA

Data e hora:	Profissional / registro:

Anamnese — queixa principal, história da doença atual, revisão de sistemas, antecedentes pessoais e familiares, medicamentos em uso, alergias, hábitos.

Exame físico — sinais vitais, estado geral, exame dirigido.

Hipóteses diagnósticas (com CID quando aplicável)

Conduta — exames solicitados, prescrições (nome, dose, via, duração), orientações, encaminhamentos, atestados emitidos, retorno.

Assinatura e registro profissional

Data

Folha de evolução (SOAP)

Uma entrada por atendimento. Paciente: _____ N°: _____

EVOLUÇÃO – DATA ____/____/____ HORA _____

S Subjetivo: o que o paciente relata (queixa, evolução desde a última consulta, adesão, efeitos adversos).

O Objetivo: sinais vitais, exame físico, resultados de exames.

A Avaliação: hipótese ou diagnóstico, evolução do problema, diagnósticos diferenciais.

P Plano: exames, prescrições, orientações, encaminhamentos, retorno.

Assinatura e registro profissional

Data

EVOLUÇÃO – DATA ____/____/____ HORA _____

S

O

A

P

Assinatura e registro profissional

Data