HOSPITAL ESCOLA DR. HÉLVIO JOSÉ FARIAS AUTO

NOME:	REGISTRO:	UNIDADE:	ENF.:	LEITO

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉCICA / ASSINATURA	APRAZAMENTO	LABORATÓRIO
			( ) HEM. ( ) K ( ) FA
			( ) GLIC. ( ) TGO ( ) CA
			( )UREI. ( ) TGP ( ) AMIL
			( ) CRE. ( ) GGT ( ) CULT.
			( ) Na ( ) SOROL
			( ) OUTROS
			DATA / / HORA:
			COLETADOR:
			( ) HEM. ( ) K ( ) FA
			( ) GLIC. ( ) TGO ( ) CA
			( )UREI. ( ) TGP ( ) AMIL
			( ) CRE. ( ) GGT ( ) CULT.
			( ) Na ( ) SOROL
			( ) OUTROS
			DATA / / HORA:
			COLETADOR:
			( ) HEM. ( ) K ( ) FA
			( ) GLIC. ( ) TGO ( ) CA
			( )UREI. ( ) TGP ( ) AMIL
			( ) CRE. ( ) GGT ( ) CULT.
			( ) Na ( ) SOROL
			( ) OUTROS
			DATA / / HORA:
			COLETADOR:

DATA HORA	T °C	P bpm	R rpm	P.A. mmhg	DIURESE ml	ASSINATURA	DATA HORA	T °C	P bpm	R rpm	P.A. mmhg	DIURESE ml	ASSINATURA	DATA HORA	T °C	P bpm	R rpm	P.A. mmhg	DIURESE ml	ASSINATURA