

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: _____

DS: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

Proc. N.º: 0001/2016
Folhas N.º: 211
Visto: 8

*** PLANO DE TRATAMENTO - Assinalar com um (X) se o plano de tratamento for A (diarréia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares), B (diarréia com desidratação, paciente em observação na sala de TRO) ou C (diarréia grave com desidratação, paciente com reidratação venosa).

Assinatura: _____