

## PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA

NOME: \_\_\_\_\_ SIS: \_\_\_\_\_

DATA DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

DATA	RETORNO	DIAGNÓSTICO	MEDICAÇÃO	PA/UPA	INTERNADOS	UBS	OBS
		Asma Leve ( ) Asma Moderada( ) Asma grave ( )		( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
		Asma Leve ( ) Asma Moderada( ) Asma grave ( )		( ) Sm ( ) Não	( ) Sm ( ) Não		
		Asma Leve ( ) Asma Moderada( ) Asma grave ( )		( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
		Asma Leve ( ) Asma Moderada( ) Asma grave ( )		( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
		Asma Leve ( ) Asma Moderada( ) Asma grave ( )		( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
		Asma Leve ( ) Asma Moderada( )		( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		



