**RELATÓRIO DE MÓDULO**

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL

**MÓDULO:**

**MÉDICO RESIDENTE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MÓDULO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERÍODO:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**ATIVIDADES TEÓRICAS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATIVIDADE** | **DATA** | **TEMA** |
| **Seminário do módulo** |  |  |
| **Clube de Revista** |  |  |
| **Visita (caso selecionado)** |  |  |
| **Sessões** |  |  |
| **Cursos** |  |  |

**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATIVIDADES PRÁTICAS (AMBULATÓRIOS):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **HORÁRIO** | **ESPECIALIDADE** | **PRECEPTOR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PLANTÕES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **LOCAL** | **TURNO** | **PRECEPTOR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ENFERMARIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº. LEITO** | **NOME PACIENTE** | **REGISTRO** | **ESPECIALIDADE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PROCEDIMENTOS MÉDICOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº. LEITO** | **NOME PACIENTE** | **REGISTRO** | **PROCEDIMENTO**  | **PRECEPTOR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MÉDICO** **RESIDENTE** | **PRECEPTOR RESPONSÁVEL** **PELO MÓDULO** | **SUPERVISOR** **DO PRM** | **GERÊNCIA** **TÉCNICO-PEDAGÓGICA** |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

**OBS: OS QUADROS ACIMA DEVEM SER PREENCHIDOS COM Assinatura, DATA e Carimbo.**