**RELATÓRIO DE MÓDULO**

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA

**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 REALIZADO | ASSINATURA DO PRECEPTOR |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

**Assinatura, DATA e Carimbo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médico Residente** | **Preceptor Responsável pelo Módulo** | **Supervisor do PRM** | **Gerência Técnico-Pedagógica** |
|  |  |  |  |