

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento    /    /                      NHC                      Mês                      Ano

Horas																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
0																															
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															
21																															
22																															
23																															
Olho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Vermelho																															
Lacrimejar																															
Inchado																															
Fechado																															
Pequeno																															
Nariz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Pingar																															
Entupido																															

**Símbolos para Registo:** ++ Dor insuportável    + Dor muito forte    / Dor forte    0 Dor fraca    T Tratamento

**Notas:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_