

REFERÊNCIA

P A C I E N T E	NOME: _____	IDADE: _____	SEXO: _____
	ENDEREÇO: _____		
	MUNICÍPIO: _____	RS: _____	
	NOME DO PAI: _____		
	NOME DA MÃE: _____		

D E	Unidade de Saúde: _____	Fone: _____
	Nome e nº CR do Profissional (Carimbo): _____	Data: _____

P A R A	Especialidade: _____	Data da Consulta: _____/_____/_____
	Nome do Profissional _____	Hora: _____
	Local de Encaminhamento: _____	

História Clínica (Dirigida a causa do encaminhamento)

Exame Físico:

Resultados de Exames complementares já realizados (com data):

Impressão Diagnóstica:

Terapêutica já utilizada (com posologia)

Solicitações:

CONTRA-REFERÊNCIA

Avaliação Clínica:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Investigação Diagnóstica - Exames complementares solicitados:

Terapêutica prescrita com posologia:

Retorno em:

Dias

Meses

Anos

Desnecessário Retorno

Solicitações:

Nome e nº CR do Profissional (carimbo)

Data: