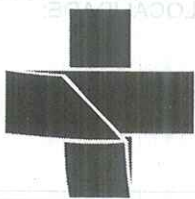


FRENTE

ANEXO I

SUS

Sistema
Único
de Saúde

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria do Estado de Saúde
Instituto de Saúde do Paraná

SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO:

ESPECIALIDADE:

MUNICÍPIO:

NOME DO PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

RESIDÊNCIA:

PROFISSÃO:

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DO ACOMPANHANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE:

RESIDÊNCIA:

RELAÇÃO COM O PACIENTE:

LAUDO MÉDICO

1. HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:

2. EXAME FÍSICO:

3. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

CID:

4. EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S). ANEXAR CÓPIA(S)

5. TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)

6. TRATAMENTO / EXAME INDICADO:

7. DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:

8. JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO NA LOCALIDADE:

9. JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE:

10. JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:

11. TRANSPORTE RECOMENDÁVEL:

LOCAL / DATA

MÉDICO ASSISTENTE / CARIMBO

AUTORIZAÇÃO DO TFD

APROVAÇÃO DO SETOR LOCAL (SUS ou Registro de Saúde)

ENCAMINHAMENTO

LOCAL / DATA

ASSINATURA / CARIMBO

PARECER DA _____ NS () AUTORIZADO () NÃO AUTORIZADO

AGENDAMENTO PARA (DATA, HORA, LOCAL, ENDEREÇO)

RETORNE AO ÓRGÃO SOLICITANTE:

LOCAL / DATA

ASSINATURA / CARIMBO DO RESPONSÁVEL

NECESSIDADE DE RETORNO () SIM () NÃO