PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE
Secretaria Municipal de Saúde
Novo Horizonte - SC

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REFERÊNCIA

PACIENTE

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ RS: _____

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

DE

Unidade de Saúde: | Fone:

Nome e nº CR do Profissional (Carimbo): | Data:

PARA

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: