

INFORMAÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / PRIORIDADE

(campo obrigatório)

- A presente solicitação tem relação com suspeita ou diagnóstico de neoplasia atual?

() Sim () Não

- A presente solicitação tem relação com situação de risco iminente de perda de função de órgão ou sequela permanente? () Sim () Não

Se sim, qual? () Sequela neurológica; () Insuficiência cardíaca; () Insuficiência respiratória;

() Insuficiência hepática; () Obstrução/perfuração intestinal; () Insuficiência renal;

() Risco de amputação / perda funcional de membros; () Cegueira; () Surdez.

- A presente solicitação tem relação com risco hemorrágico ou sangramento atual? () Sim () Não

Se sim, qual? () Hematêmese; () Melena; () Enterorragia; () Hemoptise; () Epistaxe; () Otorragia; () Metrorragia; () Hematúria.

- Imunocomprometido? () Sim () Não

- Risco de auto / hetero agressão? () Sim () Não

- A presente solicitação, nas situações pertinentes, tem relação com problema causado por abuso / violência doméstica (suspeita ou confirmação)? () Sim () Não

- A presente solicitação tem relação com risco de perda súbita de consciência? () Sim () Não

- A presente solicitação tem relação com infecção atual? () Sim () Não

- A presente solicitação tem relação com dor refratária e incapacitante? () Sim () Não

- Criança menor de 1 ano? () Sim () Não

- Gestante? () Sim () Não

- A presente solicitação tem relação com atendimento em serviço de urgência ou internação nos últimos 30 dias? () Sim () Não

Observações: _____

____/____/____

Data

Assinatura e carimbo do profissional

INFORMAÇÕES DE CONTRA REFERÊNCIA

Contra referenciado para: _____

____/____/____

Data

Assinatura e carimbo do profissional