



Município de Arroio dos Ratos

Secretaria Municipal de Saúde



Documento de referência e contra referência

DADOS DO PACIENTE

CNS: _____ Telefones: _____ I _____

Nome: _____ Sexo: _____

Nome da Mãe: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Endereço: _____ Bairro: _____

CPF: _____ RG: _____ ESF: _____ ACS: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS PARA A REFERÊNCIA
INVESTIGAÇÃO/DIAGNÓSTICO /EXAMES (LETRA LEGÍVEL)

REFERENCIADO PARA ESPECIALIDADE: _____

COMPLEXIDADE: () Média () Alta

CID principal:

Secundários:

Quadro clínico: _____

O paciente possui exames complementares? **MARCAR E ANEXAR LAUDOS**

Exames laboratoriais alterados? Quais? _____

() RX () US () TC () RM () Mamografia () Densitometria óssea () Cintilografia () ECG

() Teste Ergométrico () MAPA () Eletroencefalograma () Eletroencefalografia () Citopatológico

() AP () EDA () Colonoscopia () Broncoscopia () Artrosopia () Espirometria () Audiometria

Outros: _____

Unidade executante: _____

Indicar se há necessidade de o atendimento ser em unidade específica, justificando, com critérios técnicos, a escolha.

Justificativa: _____
