300 blocos c/ 100 folhas

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAUDE

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E FONE

GUIA DE REFERÊNCIA

Município de Origem do Paciente: _____ **- DRS III ARARAQUARA**

ESPECIALIDADE SOLICITADA: _____

I - Identificação do Paciente (*Preencher com* ***LETRA de FORMA e LEGÍVEL***)

Nome: _____ Sexo: _____

Dt. Nasc/o: ____/____/____ Idade: _____ Cor: _____ Profissão: _____

Endereço (Rua, AV. etc.): _____

CEP: _____ Bairro: _____ Município: _____

Fones (resid./cel./recado) _____

CNS: _____ CPF: _____ RG: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Responsável: _____

II - Justificação da Referência

História Pregressa e Quadro Clínico: _____

Diagn. ou Hipótese Diagnóstica: _____

CID: _____

Exames Realizados - Data e RESULTADOS: _____

Conduta Terapêutica ADOTADA: _____

III - Motivo de Encaminhamento

( ) Diagnóstico ( ) Confirmação Diagnóstica ( ) Tratamento

( ) Segmento ( ) Outra Especialidade ( ) Internação

( ) OUTROS (especificar) _____

IV - Nome do Médico Solicitante:

CRM:

Especialidade: _____ Carimbo:

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

V - Agendamento para:

Unidade: _____ Especialidade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Município: _____ Data: ____/____/____ Horário: _____

Matrícula / Código do Paciente: _____ Sala / Balcão: _____