

Solicitação de consulta: Hospital da Criança de Brasília

Nome do paciente:		Pai:	
Data de nascimento: / / Idade:		Mãe:	
Endereço:			
Telefones (03):			
Cartão do SUS:			
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Oncohematologia
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Genética clínica	<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Pneumologia
<input type="checkbox"/> Cirurgia pediátrica	<input type="checkbox"/> Imunologia	<input type="checkbox"/> Neurocirurgia	<input type="checkbox"/> Reumatologia
<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Hepatologia	<input type="checkbox"/> Nutrologia	<input type="checkbox"/> Urologia
História clínica:			
Exame físico (descrever as anormalidades observadas):			
Resultado dos exames realizados (descrever as alterações observadas):			
Hipótese diagnóstica:			
CID:			
<input type="checkbox"/> • Prioridade zero: emergência, necessidade de atendimento imediato <input type="checkbox"/> • Prioridade 1: urgência, atendimento o mais rápido possível <input type="checkbox"/> • Prioridade 2: prioridade não urgente <input type="checkbox"/> • Prioridade 3: atendimento eletivo			
Motivo da urgência:			
Médico solicitante			
Nome:			
CRM:			
Data:			
Unidade de Origem:			
Telefone para contra – referência:			
OBRIGATÓRIO: Todos os campos deste formulário devem ser preenchidos integralmente			