

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			