

Encaminhamento para Marcação de Primeira Consulta Ambulatorial em Neurologia

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ SES: _____
INDICAÇÃO: _____
EXAMES REALIZADOS: _____
TRATAMENTO REALIZADOS: _____
SUSPEITA CLÍNICA: _____
CID: _____

Classificação de Risco para Marcação de Primeira Consulta na Neurologia

() VERMELHO	<input type="checkbox"/> Crises epiléticas (convulsivas) sem controle (semanais) com 5 ou crises por semana – G40, R56.8 - solicitar RNM e EEG <input type="checkbox"/> Gestante com crise epilética – G40 + O15 solicitar EEG <input type="checkbox"/> Dor de cabeça com sinal focal (TCC alterada) – G43.3, R51 solicitar RNM <input type="checkbox"/> Hipertensão intracraniana (aguda) – G93.2; G91 <input type="checkbox"/> Surto de doença desmielinizante (aguda) – H56; G35; G36; solicitar RNM com contraste
() AMARELO	<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral recente (inferior a 3 meses) – I64; TCC <input type="checkbox"/> Tremor – G20; G25; G26; G24 <input type="checkbox"/> Déficit de memória em pacientes acima de 55 anos – G30; F01; F00; F04 Lab (HG completo, vit. B12, TR – Sífilis, TSH, Na, K, Ca, AST, ALT, Ureia, Creatinina e Glicemia) E TCC (sem contraste) somente após resultados <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral com epilepsia de difícil controle – G80+G40; G82 solicitar EEG e RNM prévios <input type="checkbox"/> Mielopatia aguda – G95; G95.8; G36, solicitar RNM com contraste <input type="checkbox"/> Ataxia aguda; <input type="checkbox"/> Doenças degenerativas / hereditárias – G11; G12; G31
() VERDE	<input type="checkbox"/> Déficit de aprendizado no adolescente (a partir de 13 anos) – F70, F71 e F72, F90 <input type="checkbox"/> Cefaleia crônica – acima de 6 meses, refrataria o tratamento primário – G44.2, G43 <input type="checkbox"/> Epilepsia compensada – crises esporádicas (< 1 crise/mês)
() AZUL	<input type="checkbox"/> Sequelas neurológicas com demandas previdenciárias; <input type="checkbox"/> Encaminhamentos com sintomas e sem suspeita clínica
() Contra - Referência	<input type="checkbox"/> Retorno para o Hospital / Unidade de origem para acompanhamento Data: ____/____/_____ Médico Otorrino: Comentário:

Data do Encaminhamento: / /

Assinatura do Médico: _____

É obrigatório apresentar este encaminhamento no dia da consulta, bem como os exames complementares já realizados