

## 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

<input type="checkbox"/> ( ) VERMELHO	<input type="checkbox"/> Crises epilépticas (convulsivas) sem controle (semanais) com 5 ou crises por semana – G40, R56.8 - <b>solicitar RNM e EEG</b> <input type="checkbox"/> Gestante com crise epiléptica – G40 + O15 <b>solicitar EEG</b> <input type="checkbox"/> Dor de cabeça com sinal focal (TCC alterada) – G43.3, R51 <b>solicitar RNM</b> <input type="checkbox"/> Hipertensão intracraniana (aguda) – G93.2; G91 <input type="checkbox"/> Surto de doença desmielinizante (aguda) – H56; G35; G36; <b>solicitar RNM com contraste</b>
<input type="checkbox"/> ( ) AMARELO	<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral recente (inferior a 3 meses) – I64; <b>TCC</b> <input type="checkbox"/> Tremor – G20; G25; G26; G24 <input type="checkbox"/> Déficit de memória em pacientes acima de 55 anos – G30; F01; F00; F04 <b>Lab (HG completo, vit. B12, TR – Sífilis, TSH, Na, K, Ca, AST, ALT, Ureia, Creatinina e Glicemia) E TCC (sem contraste) somente após resultados</b> <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral com epilepsia de difícil controle – G80+G40; G82 <b>solicitar EEG e RNM prévios</b> <input type="checkbox"/> Mielopatia aguda – G95; G95.8; G36, <b>solicitar RNM com contraste</b> <input type="checkbox"/> Ataxia aguda; <input type="checkbox"/> Doenças degenerativas / hereditárias – G11; G12; G31
<input type="checkbox"/> ( ) 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, refratária ao tratamento primário – G44.2, G43 <input type="checkbox"/> Epilepsia compensada – crises esporádicas (< 1 crise/mês)
<input type="checkbox"/> ( ) AZUL	<input type="checkbox"/> Sequelas neurológicas com demandas previdenciárias; <input type="checkbox"/> Encaminhamentos com sintomas e sem suspeita clínica

<input type="checkbox"/> ( ) 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**