



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
Gerência de Recursos Médico-Hospitalares / DIASE/SAS



Encaminhamento para a Regulação  
0701227 – Consulta na Otorrinolaringologia – Geral

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ Nº SES/CNS: \_\_\_\_\_

COMENTÁRIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

CID (campo obrigatório): \_\_\_\_\_

HOSPITAL DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

Classificação de Risco para Agendamento de Acordo com Sinais e Sintomas

( ) VERMELHO	<input type="checkbox"/> Cirurgia de ouvidos, nariz, garganta, laringe; <input type="checkbox"/> Sangramento nasal recorrente; <input type="checkbox"/> Paralisia facial; <input type="checkbox"/> Dificuldade de deglutição; <input type="checkbox"/> Secreção purulenta em orelhas acima de 03 meses; <input type="checkbox"/> Paciente acima de 60 anos e gestantes; <input type="checkbox"/> Voz rouca em fumantes; <input type="checkbox"/> Sinusite crônica ou recorrente; <input type="checkbox"/> Perda de audição súbita; <input type="checkbox"/> Suspeita de tumor em ouvido, nariz, garganta, laringe, pescoço.
( ) AMARELO	<input type="checkbox"/> Voz rouca acima de 15 dias e / ou recorrente; <input type="checkbox"/> Distúrbio de fala / dificuldade de aprendizado escolar; <input type="checkbox"/> Suspeita de surdez; <input type="checkbox"/> Zumbido, tontura e otorreia; <input type="checkbox"/> Respiração bucal, roncos e apneia; <input type="checkbox"/> Otites de repetição;
( ) VERDE	<input type="checkbox"/> Obstrução nasal, sem sangramento; <input type="checkbox"/> Infecção de repetição de garganta; <input type="checkbox"/> Alteração do olfato e paladar; <input type="checkbox"/> Rinites (coceira nasal, espirro, secreção nasal clara);
( ) AZUL	<input type="checkbox"/> Tosse de longa data; <input type="checkbox"/> Engasgo, halitose, xerostomia e odinofagia crônica; <input type="checkbox"/> Coceira em orelhas; <input type="checkbox"/> Remoção de cerume após ter feito o uso de emoliente de cerume após 05 dias;

Data de Encaminhamento:        /        /

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

É obrigatório apresentar este encaminhamento no dia da consulta e exames complementares caso tenha realizado