



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CRON - DALFA

FICHA DE REFERÊNCIA/CONTRA –REFERÊNCIA PARA OS AMBULATÓRIOS DE GERIATRIA

Unidade De Saúde	Nome	Iniciais Nome	Dia	Mês	Ano	Sexo	Folha Nº
						

Esta ficha é **ESSENCIAL** PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA NO Serviço de Geriatria, que funciona em esquema de referência e contra-referência com médico assistente.

O fato de o paciente estar sendo tratado temporariamente na Geriatria **NÃO** o desliga dos grupos especiais do Centro de Saúde.

Critérios para atendimento na Geriatria:

1- 80 anos (ou mais); **ou**

2- 60 anos (ou mais) com pelo menos um dos critérios abaixo:

- ☐ Dependência em atividades básicas de vida diária
- ☐ Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, demência, depressão, delirium/confusão mental)
- ☐ Parkinsonismo
- ☐ Incontinência urinária ou fecal
- ☐ Imobilidade parcial ou total
- ☐ Instabilidade postural (quedas de repetição, fratura por baixo impacto – fêmur)
- ☐ Polipatologia (5 ou mais diagnósticos)
- ☐ Polifarmácia (5 ou mais medicamentos contínuos)
- ☐ Descompensações clínicas ou internações frequentes

OBJETIVO DO ENCAMINHAMENTO: (Pré-requisitos básicos para marcação de consultas)

DATA:

____/____/____

Assinatura e carimbo do médico

CONTRA – REFERÊNCIA

Ao médico assistente Dr. _____

Prezado colega,

O(a) Sr(a) _____

foi enviado(a) no Ambulatório de Geriatria/ Gerontologia no dia: ____/____/____

LISTA DE PROBLEMAS:

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PROPOSTO:

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE (OU AOS SEUS FAMILIARES E CUIDADORES):

ORIENTAÇÕES AO MÉDICO ASSISTENTE (EXAMES A SOLICITAR PERIODICAMENTE, RENOVAÇÃO DE RECEITA CONTROLADA REAVALIADA):

() A seu critério (favor enviar nova solicitação se e quando julgar necessário)

Atenciosamente,

DATA:

____/____/____

Assinatura e carimbo do médico