



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DA FEIRA

PREFEITURA DE
CONCEIÇÃO
DA FEIRA
Cidade Bonita, Povo Feliz!

LADO 1 - FICHA DE REFERÊNCIA

XXXXXX

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE:

eMulti

UNIDADE PARA REFERÊNCIA:

USF XXXXXXXXXXXXXXXXX

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA:

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE: XX

SEXO XXXXXXXX NASCIDO EM DD/MM/AAAA MATRÍCULA NºCNS: XXXXXXXXXXXXXXXX CUJO

PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM (USAR O CARIMBO)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DATA DO ATENDIMENTO

DD / MM / AAAA

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS.

XX
ENTER XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ESTUDO A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA.

(RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO).

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO

ASSINATURA

ESTA FICHA CORRETAMENTE PREENCHIDA REPRESENTA UM INSTRUMENTO DE GARANTIA E PRIORIDADE NO ATENDIMENTO.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE ONDE FOI COMPLETA A REFERÊNCIA:

ATENDIDO O PACIENTE NESTA UNIDADE EM ____/____/____ MATRICULADO
SOB Nº XXXXXXXXXX, ESTAMOS ENCAMINHANDO O PRESENTE RELATÓRIO CONTENDO A
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS, AS CONCLUSÕES DIAGNÓSTICAS E AS
CONDUTAS SUGERIDAS PARA O ENCAMINHAMENTO.

NOME COMPLETO DO MÉDICO OU PROFISSIONAL QUE ATENDEU A CONSULTA OU AO ENCAMINHAMENTO

DATA DA CONSULTA OU ATENDIMENTO

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

DIAGNÓSTICO (S):

SUGESTÕES PARA O ENCAMINHAMENTO:

ASSINATURA

VOCÊ GARANTIU A CONTINUIDADE DA ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE
CONTINUE CONTRIBUINDO COM A QUALIDADE DO ATENDIMENTO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR A
UNIDADE DE ORIGEM.