



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA MUN. DE SAÚDE, SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE

REFERÊNCIA

FICHA DE REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC. ☐ FEM. ☐ ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. ☐ RUR. ☐
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC. ☐ FEM. ☐ ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. ☐ RUR. ☐
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3

DATA: ____/____/____ HORA: _____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ☐ ACOMPANHADO ☐ DESACOMPANHADO
☐ ANDANDO NORMAL ☐ ANDANDO APOIADO ☐ CARREGADO ☐ CONSCIENTE
☐ INCONSCIENTE ☐ SEMI-CONSCIENTE ☐ MORTO - SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

DADOS CLÍNICOS

QUEIXA PRINCIPAL: _____

TEMPO DE DOENÇA DIAS DATA DE INÍCIO: ____/____/____ FORMA DO INÍCIO: ☐ SÚBITO ☐ INCIDIOSO EVOLUÇÃO: ☐ RÁPIDA ☐ LENTA

HISTÓRIA DE CONTÁGIO: ☐ DOMICILIAR ☐ EXTRADOMICILIAR ☐ IGNORADO PRÉ-NATAL: ☐ SIM ☐ NÃO

ORIGEM DE GESTAÇÃO: _____ ☐ IGNORADO Nº DE ABORTOS: _____ TOXEMIA PRESENTE: ☐ SIM ☐ NÃO

ANATOX TETÂNICO: ☐ DOSE COMPLETA ☐ DOSE INCOMPLETA ☐ NENHUMA TRATAMENTO PARA SÍFILIS ☐ SIM ☐ NÃO

HEMORRAGIA: ☐ SIM ☐ NÃO TEMPO DE GESTAÇÃO: _____ SEMANAS ALTURA DO FUNDO DO ÚTERO _____ cm. BFF/min: _____

SITUAÇÃO DO FETO ☐ LONGITUDINAL ☐ TRANSVERSAL APRESENTAÇÃO DO FETO ☐ CEFÁLICA ☐ CÓRMICA PÉLVICA

SINTOMAS E SINAIS INICIAIS E/OU ATUAIS: _____

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: _____

NA UNID. DE SAÚDE: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

TIPAGEM SANGÜÍNEA: RH _____ ABO _____ HEMÁCIAS _____

HB _____ G % LEUCOCITOS: _____ mm³ HEMATÓCRITO: _____

VDRL: _____ PESQUISA DE BAAR (ESCARRO) _____ FEZES (DIR): _____

URINA: _____ PROTEÍNAS: _____ SUBS. REDUTORAS: _____ SEDIMENTOS _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

6

NOME CARIMBO

CARGO

CRM

DATA

ATENÇÃO PRESTADA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: _____

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA: _____

TRATAMENTO(S) INSTITUÍDO(S): _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

SUGESTÕES PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO: _____

INTERNAÇÃO

ADMISSÃO: DATA ____/____/____ HORA ____:____ LEITO: _____ CLÍNICA: ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PEDIÁTRICA

☐ MÉDICA ☐ CIRÚRGICA ☐ PSIQUIÁTRICA TIPO DE GESTAÇÃO: ☐ ÚNICA ☐ DUPLA ☐ MÚLTIPLA

TIPO DO PARTO: ☐ NORMAL ☐ COM EPISIOTEMIA ☐ SEM EPISIOTEMIA ☐ DISTÓCICO ☐ CESÁRIA ☐ LACERAÇÃO ☐ FORCEPS INDICAÇÃO _____

COMPLICAÇÕES: ☐ ECLÂPSIA ☐ HEMORRAGIA ☐ INFECÇÃO PUERPERAL ☐ OUTROS

CONDIÇÕES DO FETO: ☐ VIVO ☐ NATIMORTO ☐ NEOMORTO ☐ ALTA: DATA: ____/____/____ HORA: _____

TIPO DE ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ ÓBITO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ A PEDIDO ☐ FUGA ☐ OUTROS

7

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

CARIMBO SAM

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL