



PREFEITURA DE
CASTANHAL
UNIÃO, TRABALHO E DESENVOLVIMENTO

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº

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: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM
IDADE: _____ SEXO: ☐ MASC. ☐ FEM. EST. CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: ☐ URB. ☐ RUR.
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

3

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

OBSERVAÇÃO

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

DADOS CLINICOS

4

QUEIXA PRINCIPAL: _____

TEMPO DE DOENÇA Data de Início: ____/____/____ FORMA DE INÍCIO: ☐ SÚBITO ☐ INSIDIOSO EVOLUÇÃO: ☐ RÁPIDA ☐ LENTA

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

ORDEM 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 DE FUNDO DO ÚTERO _____ em BCF/min

SITUAÇÃO DO FETO ☐ LONGITUDINAL ☐ TRANSVERSAL APRESENTAÇÃO DE FETO: ☐ CÉFALICA ☐ CÓRMICA ☐ PÉLVICA

SINTOMAS E SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS: _____

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: _____

Na Unid. de Saúde: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

5

Tipagem Sanguínea RH _____ ABO _____ Hemáceas _____ mm2

HB _____ G% Leucócitos _____ mm3 Hematócrito _____ %

VDRL _____ Pesquisa de BAAR (Escarro) _____ Fezes (DIR) _____

Urina _____ Proteínas _____ Subs. Redutoras _____ Sedimento _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

6

Nome/Carimbo _____ Cargo _____ CRM _____

____/____/20____
DATA

ATENÇÃO PRESTADA

5

Exames Complementares Realizados: _____

Confirmação Diagnóstica: _____

Tratamento(s) Instituído(s): _____

Intercorrências: _____

SUGESTÕES para CONTINUIDADE do Tratamento: _____

INTERNAÇÃO

6

Admissão Data ____/____/____ Hora _____ Leito _____ Clínica: ☐ Gineco-Obstétrica ☐ Pediátrica

☐ Médica ☐ Cirúrgica ☐ Psiquiátrica Tipo de Gestão: ☐ Única ☐ Dupla ☐ Múltipla

Tipo de Parto ☐ Normal ☐ Com Episiotomia ☐ Sem Episiotomia ☐ Distócico ☐ Cesária

☐ Laceração ☐ Fórceps

Complicações: ☐ Eclampsia ☐ Hemorragia ☐ Infecções Puerperal ☐ Outros

Condições do FETO: ☐ Vivo ☐ Natimorto ☐ Neomorto Alta: Data ____/____/____ Hora: _____

Tipo de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorando ☐ Óbito ☐ Transferência ☐ A Pedido ☐ Fuga ☐ Outro

7

Assinatura do Médico _____ Carimbo SAM _____ Assinatura do Paciente ou Responsável _____