

Protocolo Regulação encaminhamento fila de espera



Unidade (SIGA): _____

Data da Consulta: 17/09/19

Tipo de Consulta:

☒ Oftalmologia

☐ Proctologia

☐ Cirurgia Geral

☐ Urologia

☐ Vascular

☐ Cirurgias Pequenas

☐ Dermatologia

☐ Ortopedia

☐ Outra _____

Nome Completo do Paciente: _____

Data de Nascimento _____

Encaminhamento

Prezado(a) paciente, a conclusão desta consulta médica demanda encaminhamento para outro local de atendimento do SUS. Assim, o senhor(a) será encaminhado para fila de espera, via Sistema da Prefeitura de São Paulo, com o diagnóstico de:

Corneo

Próximos Passos:

- Quando sair a vaga, o responsável pelo envio desta unidade entrará em contato com o paciente pelo telefone. Serão 3 tentativas: 3 dias em 3 horários diferentes;
- **CONTATO COM SUCESSO:** o paciente irá buscar a guia médica nesta unidade onde realizou a consulta. Já para a filipeta de agendamento, a busca varia de acordo com o caso; podendo ser nesta unidade da consulta ou em uma UBS. Estas instruções serão comunicadas na ligação;
- **CANCELAMENTO:** caso não haja sucesso nas 3 tentativas de contato, o agendamento do paciente será cancelado e o paciente retirado da fila de espera. Uma nova inserção será feita somente se o paciente solicitar junto à esta mesma unidade onde realizou a consulta;

Mantenha os contatos telefônicos atualizados junto à sua Unidade Básica ou nesta unidade.

Dúvidas: SAC CIES | Tel.: 5571-8017 ou 944780656 sac@ciesglobal.org

UNIDADE MÓVEL CIRÚRGICA
PARQUE DA INDEPENDÊNCIA - C
AV. NAZARE, S/N - NO PL. DA INDEPENDÊN
PIRANGA - SP. - CEP: 04262-000
CNES: 9400532

RECEITUÁRIO

Nome: Marcos Reginaldo Moreira

Endereço (port. 344/98):

Pratório médico

Parou em consulta oftalmológica e
apresentou ao exame:

- Acuidade visual um conceito / 20/100
MM
- Refraco: não melhora AV.
- Guo: Os aparelhamentos com a
de curvy hidromia
- FO: um alterado.

Encaminho paciente para
tratamento de cônica
AO

Fernanda M. Goto
Médica
CRM 140.703

São Paulo, 17/07/19

Assinatura e carimbo do prescritor

Justificativa - COD. CID:

H18.6

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Portaria 344/98)

Nome: _____ R.G: _____

Endereço: _____

Telefone: _____