



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**DIRETORIA DE PROMOÇÃO E  
ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

Do C.S.Nº: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

## GUIA DE CONSULTA

**REGISTRO  
CLÍNICO Nº:**

Iniciais  
do Nome

D  
C

DATA DE NASC.

Dia

Mês

Ano

Sexo  
1-M/2-F

Nome: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Natural: \_\_\_\_\_ End.: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

### CENTRO DE SAÚDE

ATENDIMENTO: ☐ Emergência ☐ Urgência

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica (CID): \_\_\_\_\_

Referência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Carimbo e Assinatura do Médico do C.S.

### HOSPITAL REGIONAL

#### INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Internado: ☐ Sim ☐ Não

CONDUTA AMBULATORIAL  
☐ Especializado ☐ Primário

Terapêutica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contra Referência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO: A nível primário, orientar a conduta de seguimento.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Carimbo e Assinatura do Médico da C.R.S.