

FICHA DE REFERÊNCIA		
<b>DADOS DO PACIENTE</b>	<b>DATA E HORA:</b>	<b>Nº REGISTRO:</b>
Nome:		Idade:      Sexo:
CPF:	Cartão SUS:	Deficiência:
DN:	Telefone:	Ocupação:
Endereço:		Cidade:
Servidor:	Nome da mãe:	
<b>DADOS DO AGENDAMENTO</b>		
Encaminhamento para Especialidade e/ou Exame:		
Marcado para a Unidade:		Cidade:
Para o Especialista:		Data e Hora:
<b>DADOS CLÍNICOS</b>		
Resumo Clínico:		
Resultos dos Exames:		
Tratamento já realizado:		
Impressão Diagnóstica:		
_____	_____	_____
Médico	CRM	Data e Hora
<b>FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA</b>		
Resumo Clínico:		
Resultos dos Exames:		
Diagnóstico:		
CID:		
Conduta:		
Observações:		
_____	_____	_____
Médico	CRM	Data e Hora
<b>SEGUIMENTO DO PACIENTE</b>		
Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário nº):		
Orienta-se retorno à Unidade de Origem:		
Município:		