



Município de São Jerônimo



Secretaria Municipal de Saúde

Documento de referência e contra referência



DADOS DO PACIENTE

CNS: _____ Telefones: _____ | _____

Nome : _____ Sexo: _____

Nome da Mãe: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Endereço: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS PARA A REFERÊNCIA INVESTIGAÇÃO/DIAGNÓSTICO/EXAMES (LETRA LEGÍVEL)

REFERENCIADO PARA ESPECIALIDADE: _____

COMPLEXIDADE: () Média () Alta

CID principal:

Secundários:

Quadro clínico: _____

O paciente possui exames complementares? **MARCAR E ANEXAR LAUDOS**

Exames laboratoriais alterados? Quais? _____

- () RX () US () TC () RM () Mamografia () Densitometria Óssea () Cintilografia () ECG
() Teste Ergométrico () MAPA () Eletroencefalograma () Eletroneuromiografia () Citopatológico
() AP () EDA () Colonoscopia () Broncoscopia () Artroscopia () Espirometria () Audiometria

Outros: _____

Unidade executante: _____

Indicar se há necessidade de o atendimento ser em unidade específica, justificando, com critérios técnicos, a escolha.

Justificativa: _____

____/____/____

Data

Assinatura e carimbo do profissional

INFORMAÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / PRIORIDADE

(campo obrigatório)

• **A presente solicitação tem relação com situação de risco iminente de perda de função de órgão ou seqüela permanente?** () Sim () Não

Se sim, qual? () Sequela neurológica; () Insuficiência cardíaca; () Insuficiência respiratória;
() Insuficiência hepática; () Obstrução/perfuração intestinal; () Insuficiência renal;
() Risco de amputação/perda funcional de membros; () Cegueira; () Surdez.

• **A presente solicitação tem relação com suspeita ou diagnóstico de neoplasia atual?**

() Sim () Não

• **Paciente vítima de violência?** () Sim () Não

• **Risco de auto ou hetero agressão?** () Sim () Não

• **Imunocomprometido?** () Sim () Não

• **A presente solicitação tem relação com risco hemorrágico ou sangramento atual?** () Sim () Não

Se sim, qual? () Hematêmese; () Melena; () Enterorragia; () Hemoptise; () Epistaxe; () Otorragia;
() Metrorragia; () Hematúria.

• **A presente solicitação tem relação com dor refratária e incapacitante?** () Sim () Não

• **A presente solicitação tem relação com infecção atual?** () Sim () Não

• **A presente solicitação tem relação com risco de perda súbita de consciência?** () Sim () Não

• **Idoso > 80 anos?** () Sim () Não

• **A presente solicitação tem relação com atendimento em serviço de urgência ou internação nos últimos 30 dias?** () Sim () Não

• **Gestante?** () Sim () Não

• **Criança < 1 ano?** () Sim () Não

Observações: _____

____/____/____

Data

Assinatura e carimbo do profissional

INFORMAÇÕES DE CONTRA REFERENCIA

Contra referenciado para: _____

____/____/____

Data

Assinatura e carimbo do profissional