



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

GUIA DE REFERÊNCIA

carimbo da unidade solicitante com endereço e fone

Município: _____ Especialidade solicitada: _____
DIR: _____

I - Identificação do Paciente

Nome: _____
Endereço: _____ Município: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

II - Justificativa da Referência

- História Pgressa e Quadro Clínico _____

- Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica _____

- Exames Realizados - Data e Resultados _____

- Conduta Terapêutica _____

III - Motivo do Encaminhamento

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO | <input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA | <input type="checkbox"/> TRATAMENTO |
| <input type="checkbox"/> SEGUIMENTO | <input type="checkbox"/> OUTRA ESPECIALIDADE | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> OUTROS (ESPECIFICAR) _____ | | |

IV - Nome do Médico Solicitante _____ **CRM:** _____

Assinatura: _____ **Data** ____ / ____ / ____

V - Agendamento para

Unidade: _____ **Especialidade:** _____
Endereço _____ **Bairro:** _____ **Fone:** _____
Município: _____ **Data** ____ / ____ / ____ **Horário** _____

Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: _____

Data do Preenchimento: ____ / ____ / ____