

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE CENTRAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Relatório médico de encaminhamento de pacientes para tratamento ambulatorial na Rede de Reabilitação Lucy Montoro

Especialidade "Fisiatria - Reabilitação Física"

Este relatório deve ser preenchido DIGITALMENTE, impresso, assinado e carimbado pelo médico, escaneado e inserido no Portal Cross. **ATENÇÃO:** Os campos destacados em vermelho e pelo menos um macroprocesso são de preenchimento **OBRIGATÓRIO.**

1. DADOS DO PACIENTE		
Nome completo:		
Data de nascimento: Código CROSS:		
RG: CPF:		Cartão SUS:
Município de residência:		Estado de residência:
E-mail:		
Tel. residencial:	. celular:	
2. DIAGNÓSTICO (Favor preencher com o código CID o	ompleto c	que melhor represente os diagnósticos do paciente)
2.1. Diagnóstico da INCAPACIDADE (o que melhor repre	esenta a re	estrição de funcionalidade do paciente): CID 10:
2.2. Diagnóstico da ETIOLOGIA (o que gerou a INCAPACIDADE).		2.3. Descreva abaixo o quadro clínico do paciente com detalhamento da
Selecione um ou mais macroprocessos abaixo e complete com		localização da morbidade, nível, lateralidade e exame neurológico do
código CID		sistema motor.
MACROPROCESSO	CID 10	
Amputação		
Doenças congênitas e perinatais		
Doenças neuromusculares e neurodegenerativa		
Doenças osteomioarticulares 1		
Doenças osteomioarticulares 2		
Hemofilia		
Lesão encefálica		
Lesão medular		
Síndrome de Down		
2.4. Data da instalação da INCAPACIDADE:		
2.5. Data da PERDA FUNCIONAL:		
3. RESUMO CLÍNICO		
3.1. Possui doenças associadas?		
3.1.1. Se sim, as doenças associadas estão controladas? 3.1.2. Está em acompanhamento médico dessas doenças?		
3.2. Está em uso de ventilação mecânica ou ventilação invasiva?		
3.3. Está em oxigenioterapia?		
3.4. Tem ou teve crises convulsivas?		
3.4.1. Se sim, estão controladas? 3.4.2. Quando foi a última crise convulsiva?		
3.5. Tem lesão por pressão?		
3.5.1. Se sim, liste os locais com lesão: 3.5.2. Grau da pior lesão:		
4. EM RELAÇÃO À INCAPACIDADE QUE MOTIVOU ESTA SOLICITAÇÃO		
Descreva o motivo do encaminhamento:		
Descreva o motivo do encamimamento.		
5. SOLICITANTE		
Nome da instituição:		CNES:
Endereço:		Telefone:
Nome do médico:		CREMESP:
Data:		
Assinatura e carimbo do médico		