# REFERÊNCIA

**PARA:**

**ESPECIALIDADE:**

**CÓDIGO CROSS:**



SECRETARIA DE

ESTADO DA SAÚDE

## AMBULATÓRIO DE

### ESPECIALIDADE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**    **NOME:**  **DN: IDADE:**    **Nº CNSUS:**  **NOME DA MÃE:**  **ENDEREÇO:**  **MUNICÍPIO:** **CEP:**  **TELEFONE PARA CONTATO:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **QUADRO CLÍNICO: (história - exame clínico – exames laboratoriais relevantes para o encaminhamento)** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **DIAGNÓSTICOS ATUAIS COM C.I.D.** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  | **/** |  | **/** |  |  |  |  |
|  | **DATA** | | | | |  | **ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL** |  |

NOME E CRM

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIA** |  | **/** |  | **/** |  | **HORÁRIO:** | |  |  | |
|  |  | | | | | |  |  |  | |
| **LOCAL –**  **COMPARECER 01 HORA ANTES DA CONSULTA COM TODA DOCUMENTAÇÃO PESSOAL, CARTÃO SUS, COMPROVANTE DE ENDEREÇO E EXAMES REALIZADOS.** | | | | | | | | | |