



9

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSTARDAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Saúde Solicitante: _____ CNES _____

Nome do Paciente: _____ Sexo: M () F ()

Nº CNS: _____ Nº CPF: _____

Data de Nascimento: _____ Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Bairro: _____ EP: 96270-000 MOSTARDAS -RS

Telefones para contato: _____

ESPECIALIDADE REFERENCIADA: _____

CID PRINCIPAL: _____ CID SECUNDÁRIO: _____

INFORMAÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PRIORIDADE (preenchimento obrigatório)

- A presente solicitação tem suspeita de neoplasia maligna atual? () Sim () Não
- O paciente possui comprometimento sistêmico (HIV positivo, hepatites, transplantados ou na fila para transplante, paciente oncológico ou em uso de bifosfonatos)? () Sim () Não
- Risco hemorrágico ou sangramento atual? () Sim () Não
Se sim, qual? () Hematêmese () Melena () Enterorragia () Hemoptise () Epistaxe () Otorragia
() Hematúria () Metrorragia () Lesão sangrante de origem neoplásica
- Imunocomprometido? () Sim () Não
- Infecção atual? () Sim () Não
- Apresenta dor refratária e incapacitante? () Sim () Não
- Risco de perda súbita de consciência? () Sim () Não
- Risco de auto ou hetero agressão? () Sim () Não
- O encaminhamento para esta especialidade é devido a uma violência sofrida pelo paciente? () Sim () Não
- Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias? () Sim () Não
- Caso já discutidos com Telessaúde RS-UFRGS ?

Se sim colocar número nas obs. de teleconsultoria ou telediagnostico.

