Relatório de encaminhamento

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Encaminhamento

UNIDADE DE REFERÊNCIA: ______________________________

Endereço: ______________________________

Telefone: ______________________________

Contato feito com: ______________________________

Nome da paciente: ______________________________ Idade: __________

Diagnósticos:

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

Resumo de história clínica:

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

Principais exames complementares:

Tratamentos realizados:

Responsável pelo encaminhamento:

(nome/carimbo)

AVALIAÇÃO/CONDUTA NA REFERÊNCIA:

Responsável pela avaliação:

(nome/carimbo)

Contato: