



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE: COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR

DRS XVII - TAUBATÉ

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA**REFERÊNCIA**

Município:

Especialidade:

Unidade:

Prontuário:

CROSS:

Nome do Paciente:

Data Nasc.:

Endereço:

Bairro:

Motivo do encaminhamento (Resultado de exames/Problemas diagnosticados/Exames complementares/Impressão diagnóstica)

CID: _____

Conduta Terapêutica:

Nome do Profissional (Carimbo/Assinatura/CRM):

Data: ____/____/____.

CONTRA REFERÊNCIA

Município:

Especialidade:

Unidade:

Prontuário:

Nome do Paciente:

Data Nasc.:

Hipótese diagnóstica (Descrição do(s) problema(s) diagnosticado(s):

CID: _____

Conduta Terapêutica:

Retorno na especialidade: NÃO () SIM ()

Acompanhamento na Unidade de Referência: NÃO () SIM ()

Nome do Profissional (Carimbo/Assinatura/CRM):

Data: ____/____/____.

Observação: