



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE AUDITORIA E REGULAÇÃO EM SAÚDE

FORMULÁRIO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS

UNIDADE DE SAÚDE

CÓDIGO:	NOME:
DATA DA SOLICITAÇÃO:	DIGITADOR:
Nº PROTOCOLO	

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome do Usuário:	Nº FAA
------------------	--------

DADOS REFERENTES AO LAUDO

Médico Solicitante:	CRM:	
CPF:	Telefone 1:	Telefone 2:

DADOS REFERENTES AO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Código:	Descrição:
Cid 10:	Carater da Solicitação: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência
Clínica:	

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

HISTORIA PREGRESSA DA MOLESTIA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAL E FAMILIAR:

EXAMES FISICOS COM PRINCIPAIS ALTERAÇÕES:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS:

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A SOLICITAÇÃO:

OBSERVAÇÕES QUE POSSAM SER FEITAS À CENTRAL DE REGULAÇÃO:

INFORMAÇÕES DOS EXAMES COMPLEMENTARES MÍNIMOS, INDEPENDENTE DE OUTROS EXAMES REALIZADOS

Hemograma Completo:	Coagulograma Completo:
Creatinina:	Glicemia de Jejum:
Eletrocardiograma (Cardiologista):	Radiografia de Tórax (maiores de 65 anos):