FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

NOME			
DATA DE NASCIMENTO	ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE		CEP
CONTATO	CPF	IDENTIDADE	
ESTADO CIVIL	Nº DE FILHOS	ESCOLARIDADE	
PROFISSÃO	LOCAL DE TRABALHO		
NOME DA MÃE			
NOME DO PAI			
Nº CARTÃO DO SUS	UNIDADE DE ORIGEM		
UNIDADE DE ACOLHIMENTO SOLICITADA			

HISTÓRIA DETALHADA DO CASO CLÍNICO

PARECER DA EQUIPE TÉCNICA DO NASF/OUTRO LOCAL

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER CLÍNICO MÉDICO

FAZENDO ALGUM TRATAMENTO MÉDICO? ( ) SIM ( ) NÃO

QUAL?

QUAIS SINTOMAS OBSERVADOS QUE JUSTIFIQUEM O ENCAMINHAMENTO?

MEDICAÇÕES EM USO E/OU INDICADAS

HIPÓTESE DIAGNOSTICA COM CID

INDICAÇÃO DE RETORNO: ( ) SIM ( ) NÃO NO MOMENTO

PREVISÃO DE RETORNO

ASSINATURA E CARIMBO

CONTRA REFERÊNCIA

NOME

CONTATO	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/CID 10

DATA DE RETORNO	PERÍODO DE REPETIÇÃO DA RECEITA

RELATO DE CASO DE TRATAMENTO PROPOSTO

ORIENTAÇÃO À UNIDADE DE ORIGEM

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO