

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

CNES:	Nome da Unidade Solicitante:	Telefone:
-------	------------------------------	-----------

IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A) DO SUS

Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS:	Data de Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Telefone Celular / Fixo:
Nome Completo:			
Nome da Mãe:			Telefone Celular / Fixo / Contato:
CEP:	Endereço (Rua, Avenida, Travessa, etc):		Número:
Complemento:	Bairro:	Município:	UF: PE

Patologias Crônicas e Condição do(a) Usuário(a):

Diabetes Hipertensão Arterial Deficiência: _____ Alergia: _____

ATENÇÃO! PREENCHER FICHAS SEPARADAS para CONSULTA, EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, quando solicitados a UM(A) MESMO(A) USUÁRIO(A).

CONSULTA / ATENDIMENTO

<input type="checkbox"/> Retorno p/ Unidade:	Profissional:
Especialidade da Consulta/Atendimento:	Quant. de Sessões:

EXAMES (LABORATORIAIS / IMAGEM / OUTROS)

Descrição do Exame	Descrição do Exame (cont.)	Descrição do Exame (cont.)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Hipótese Diagnóstica:	CID 10 Principal:	CID 10 Secundário:
Condições Clínicas que Justificam a Solicitação (Opcional em caso de RETORNO):	Classifique o Risco do Caso: <input checked="" type="radio"/> Eletivo (AZUL) <input type="radio"/> Prioritário (VERDE) <input type="radio"/> Urgência (AMARELO) <input type="radio"/> Emergência (VERMELHO)	
	Carimbo e Assinatura Profissional Solicitante:	
Resultados de Exames Realizados:	Data de Solicitação:	

ESPAÇO RESERVADO PARA ETIQUETAS DE AUTORIZAÇÃO

Solicitação Enviada para: <input type="checkbox"/> FILA DE ESPERA <input type="checkbox"/> REGULAÇÃO	Código de Solicitação:	Data do Envio:	Data de Autorização:
---	------------------------	----------------	----------------------

AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO

Nº Chave:	Data do Agendamento:	Hora:
Unidade Executante:		
Nome do(a) Profissional Executante:		
Endereço:		
		Telefone:
Observações:		

ACOLHIMENTO E CONDUTA NA UNIDADE EXECUTANTE

Carimbo e Assinatura Profissional Executante:	Data do Atendimento: