



CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL DA REDE DE ALTA COMPLEXIDADE

- () Cardiovascular () Oncologia
() Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise) () Outros: _____

SENHA _____

Recurso solicitado: _____

Médico solicitante: _____ CRM: _____

Unidade solicitante: _____ Cidade: _____

Fone: _____ Contato: _____ Data ____/____/____

Nome do paciente: _____ sexo: _____

DN: ____/____/____ Idade: ____ anos Telefone: _____ RG: _____

Cartão SUS: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ CEP: _____

Nome do Responsável: _____

Possui Convênio? Qual: _____

Resumo do caso clínico:

Exames Realizados (Relacionar exames e "valores" que indiquem a necessidade do recurso solicitado):

Diagnóstico: _____ CID _____

Código SIH/SUS (para Rede Cardiovascular): _____

Assinaturas:

Médico Solicitante

Gestor Municipal

Regulador

4. Data da Liberação: ____/____/____

Encaminhado para o Serviço: _____

Cidade: _____ Médico de Contato: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR
DRS X "DR. LAURY CULLEN" PIRACICABA
Rua do Trabalho, 602 - Vila Independência - CEP: 13.418-220
Tel. (19) 3437-7463 / 3437.7438
E-mail: drs10-cregulacaoocardi@saude.sp.gov.br

Maná Inês



Orientações para Preenchimento do Formulário Central de Regulação Estadual da Rede de Alta Complexidade

1. Preencher todos ~~os~~ campos de forma legível
2. Para encaminhamentos à **Rede Cardiovascular** anexar laudos dos exames realizados:
 - a. Ecocardiograma
 - b. Cateterismo
 - c. Eletrocardiograma
 - d. Arteriografia
 - e. Holter
 - f. Ecodoppler de carótida (acima de 65 anos, se diabético, com AVC prévio)
 - g. Solicitante encaminhar via E-MAIL.

- CIRURGIA CARDIOVASCULAR / E MARCAPASSO
- ANGIOPLASTIA
- ENDOVASCULAR
- CIRURGIA VASCULAR
- REVASCULARIZAÇÃO
- ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO.