

Fronte/Verso (A4 - 210 x 297 mm - 75g/m²)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

Estado de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF/PACS)

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE (Referência) (FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL)

USF: _____

Médico(a) ou Enfermeiro(a): _____

Responsável pelo Encaminhamento: _____

NOME DO PACIENTE: _____

Para: _____

Resumo da História Clínica: _____

Resumo do Exame Físico: Estado Geral _____ PA _____ FC _____

Dados positivos ao Ex. Físico: _____

HD: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Pirassununga, _____ / _____ / _____

Assinatura sobre carimbo

**CARO DOUTOR: PREENCHA O VERSO E DEVOLVA AO PACIENTE, PARA QUE POSSA
SER ACOMPANHADO TAMBÉM NA UNIDADE DE SEU BAIRRO.**

(CONTRA-REFERÊNCIA)
(FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL)

À USF: _____

Nome do Paciente: _____

Atendimento prestado: _____

Médico Responsável: _____

Relatório de atendimento: _____

Solicitação e sugestão de acompanhamento: _____

RETORNO NA ESPECIALIDADE: () NÃO () SIM,

Dia _____ / _____ / _____ às _____ horas.

_____ / _____ / 2.0 _____

Assinatura sobre carimbo