



ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO (Preenchido pelo Médico)

Nome Paciente: _____
Nº carteira do Beneficiário: _____
Unidade de Origem: _____
Destino Solicitado: _____
Nome do Solicitante: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO (Preenchido pelo Médico)

1. Hipótese Diagnóstica: _____

2. Algum colega da especialidade em Ituverava, já foi consultado para assumir o caso?

() SIM Qual? _____
() NÃO Por que? _____

3. Os Prestadores Locais, oferecem recursos para a realização do procedimento?

() SIM
() NÃO Por que? _____

4. Em caso de internações, cirurgias e UTI foi feito algum contato com serviços locais?

() SIM Quais? _____
() NÃO Porque? _____

5. Você contactou algum colega de outra singular para vir fazer o procedimento na nossa região?

() SIM Quem? _____
() NÃO Por que? _____

6. Qual especialidade irá assumir o caso?

7. Relatório do Caso:

8. Qual tipo ambulância é necessária para a remoção?

() Ambulância Simples (Motorista + Enfermeiro)
() UTI Móvel (Motorista + Enfermeiro + Médico)

1. É obrigatório o preenchimento de todos os campos.

2. Estou ciente de que deverá manter contato com o "Médico destino" para acompanhar à distância o tratamento do paciente e solicitar sua remoção para Ituverava assim que tiver condições de transporte e se for o caso, assumir o tratamento do paciente em Ituverava. Deverei também manter informado o médico auditor da Cooperativa, sempre que for solicitado.

Assinatura do Médico
Requisitante
(com carimbo)

Data : ___/___/____