



### PEDIDO DE INTERCONSULTA E ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

Paciente: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico assistente: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Médico Colaborador: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Pedido de uma consulta

Justificar: \_\_\_\_\_

---

Pedido de acompanhamento clínico

Justificar: \_\_\_\_\_

---

Justificar a necessidade de mais de um médico para esse caso.

---

Existem outros médicos consultantes nessa internação?

SIM

NÃO

Se existe relacionar:

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do médico assistente

### RELATÓRIO DO MÉDICO COLABORADOR

I – Descrever dados relevantes da história, exame físico e impressão diagnóstica: \_\_\_\_\_

---

---

---

II – Descrever orientações para o médico assistente:

---

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do médico colaborador



### MÉDICO VISITADOR HOSPITALAR

Autorização de uma consulta?  SIM  NÃO

Autorização de acompanhamento clínico?  SIM  NÃO

Observação:

---

---

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do visitador hospitalar