



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Complexo Regulatório do Estado de Sergipe  
Central de Tratamento fora de Domicílio - TFD

## CONTRA-REFERÊNCIA - RELATÓRIO MÉDICO

ATENÇÃO: O PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO, É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA PARA A CONTINUIDADE DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DO(A) PACIENTE ABAIXO DISCRIMINADO(A).

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_

Instituição de atendimento: \_\_\_\_\_

Número do registro(Prontuário): \_\_\_\_\_

Diagnóstico atual: \_\_\_\_\_ CID 10: \_\_\_\_\_

Citar exames e/ou procedimentos realizados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O(a) paciente necessita ser acompanhado exclusivamente nesse Serviço? Sim ( ) Não ( )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Proposta para o próximo atendimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data do próximo atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Em razão de seu quadro clínico, o paciente necessita de acompanhante? Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, justificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O paciente \_\_\_\_\_ indicação médica de permanecer em \_\_\_\_\_ no intervalo das consultas.

O Sr(a) \_\_\_\_\_ esteve como acompanhante do(a) paciente supracitado.

Informar telefones e horários para contato da Regulação Médica do TFD, em caso de necessidade:

\_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Assistente (ou representante)

Atenção: No caso de pacientes transplantados, preencher o CID 10 correspondente a Órgãos e Tecidos Transplantados: Rim - Z94.0, Coração - Z94.1, Pulmão - Z94.2, Coração e Pulmões - Z94.3, Fígado - Z94.4, Pele - Z94.5, Osso - Z94.6, Outros Órgãos - Z94.8 e Órgãos e Tecidos Não Especificados - Z94.9.