



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.