

# FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO NÚCLEO DE ACOLHIMENTO EM TERAPIAS ESPECIALIZADAS

**EPILEPSIA REFRATÁRIA**

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE



## INFORMAÇÕES PESSOAIS DO PACIENTE:

NOME: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DO CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: *(Descrever de forma completa o quadro clínico, tempo de acompanhamento com especialista e o CID10)*

CID10: \_\_\_\_\_

DESCREVER OS MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS ESPECIFICANDO TEMPO  
DE USO E DOSE MÁXIMA:

DESCREVER RESULTADO DOS EXAMES DE IMAGEM E DE EEG:

# FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO NÚCLEO DE ACOLHIMENTO EM TERAPIAS ESPECIALIZADAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



**EPILEPSIA REFRATÁRIA**

## TRATAMENTO PRESCRITO:

*(Use preferencialmente letra de forma)*

NOME COMERCIAL: \_\_\_\_\_

PRINCÍPIO ATIVO: \_\_\_\_\_ QUANTIDADE: \_\_\_\_\_

POSOLOGIA: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

ESCLARECER E JUSTIFICAR SUA PRESCRIÇÃO, ESPECIFICANDO A EVENTUAL INEXISTÊNCIA DE ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS OU FALHAS EM TRATAMENTOS PRÉVIOS:

---

---

---

---

---

---

---

---

## INFORMAÇÕES EXTRAS:

*(Utilize para informações extras se julgar necessário)*

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Local de atendimento: \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Av. Augusto Franco, 3150 - Ponto Novo, Aracaju - SE, 49097-670  
www.saude.se.gov.br