

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA NO HOSPITAL DE AMOR INFANTOJUVENIL

O preenchimento de todos os campos é obrigatório e deve ser realizado pelo médico da origem
Encaminhar anexo: - Documentos: RG ou Certidão Nascimento, Cartão SUS e Comprovante Endereço

Paciente:	Idade:
Data Nascimento:	Mãe/Pai:
Município:	Estado:
Telefone (1):	Telefone (2):
Suspeita Diagnóstica	
História Clínica:	
Exame Físico:	
Exames Laboratoriais: () SIM – Enviar Laudos* () Não	
Exames Radiológicos: () SIM – Enviar Laudos* () Não () Raio X () Ultrassom () Tomografia () Ressonância	
Biopsia: () SIM – Enviar Laudos* () Não	
Tumor: () Primário () Recidivado Realizou Tratamento: () SIM – Descrever* () Não Qual Tratamento realizado? () Cirurgia () Quimioterapia () Radioterapia Descrever tratamento:	
Paciente Internado ou necessita de internação imediata () SIM () NÃO Tipo: () Enfermaria () UTI Se sim, há quanto tempo: Em uso de Antibiótico, Qual/Dias? Em uso de O ₂ : () SIM () NÃO Alguma necessidade especial:	
Motivo do encaminhamento	
Resumo do quadro clínico atual	

____/____/____
Data

Assinatura e Carimbo Médico Responsável
Telefone Médico: () _____