



ANEXO 03 - RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA INTERESTADUAL

Informamos que este relatório é de extrema importância para a manutenção/continuidade do tratamento do paciente fora do Domicílio.

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____

Nome da Unidade que o atende: _____

Local: Cidade: _____ Estado: _____

Paciente esteve em tratamento ambulatorial na seguinte data: _____

Paciente esteve internado na seguinte data: _____

As seguintes PATOLOGIAS estão sendo (foram) acompanhadas: _____

Para MONITORAMENTO destas patologias, o paciente:

() necessita retornar () vezes por ano.

() não necessita retornar continuamente.

() O paciente poderá ser acompanhado no seu Estado de origem.

Justificar: _____

Citar exames e procedimentos dos tratamentos realizados nesta última consulta: _____

Descrição sumária do plano terapêutico e do acompanhamento clínico para as próximas consultas: _____

Na UBS do Município de origem do paciente, sugerimos que sejam programadas as seguintes ações para este paciente: _____

Data da próxima consulta: ____/____/____ Horário: _____

Procedimento que será realizado nesta próxima consulta: _____

Transporte recomendável para o próximo atendimento: RODOVIÁRIO () AÉREO () AMBULÂNCIA ()

Justificativa: _____

ATENÇÃO: Em casos de transporte aéreo e ambulância deve ser obrigatória a justificativa clínica médica, pois conforme consta no manual de TFD de Santa Catarina, as passagens aéreas e os deslocamentos por ambulância somente serão fornecidos para os casos em que o estado de saúde do paciente o impeça de utilizar outro tipo de transporte, quando o tempo de deslocamento traga risco a sua saúde.

Telefone e email de contato para uso do médico regulador: _____

Assinatura carimbo e CRM do médico da Unidade
Executante:

Local e Data do atendimento: