

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<sup>2</sup>: ( ) SIM ( ) NÃO Alguma necessidade especial:

Motivo do encaminhamento:

Resumo do quadro clínico atual:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo Médico Responsável  
Telefone Médico: ( ) \_\_\_\_\_