MEMORANDO Nº000/ 2014/ XXX

Em, 26 de junho de 2014.

Para: Policlínica FURB

Especialidade: Serviço de Psicologia/Clínica Médica

Assunto: Encaminhamento de estudante ao Serviço de Psicologia/Clínica Médica

1- DADOS DO PACIENTE

Nome completo:

Data de nascimento: Município de nascimento:

RG: Data de emissão: Órgão emissor:

CPF: CNS:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Endereço completo:

Telefone:

E-mail:

2 - HISTÓRIA CLÍNICA

3 - EXAME FÍSICO

4 - RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES JÁ REALIZADOS (com data)

5 - IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

6 - TERAPÊUTICA JÁ UTILIZADA (COM POSOLOGIA)

7 – SOLICITAÇÕES

8 - DE

Local de encaminhamento:

Nome e nº do CR do profissional (carimbo):

**CONTRA-REFERÊNCIA**

AVALIAÇÃO CLÍNICA

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA – EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

TERAPÊUTICA PRESCRITA COM POSOLOGIA

RETORNO EM: ( ) dias ( ) meses ( ) anos DESNECESSÁRIO RETORNO ( )

SOLICITAÇÕES

NOME E Nº CR DO PROFISSIONAL (carimbo) – DATA