

OS: 542771

SIRESP: 40058205



Prefeitura de
SOROCABA

Secretaria da
Saúde

GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE:

Policlínica Municipal Dr Edward Maluf
Av Roberto Simonsen 987 CNS 2708760
Fone: (15) 3219-2200

Especialidade: *Neurocirurgia*

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 ()
P2 ()
P3 ()

Data:

Hora:

Nome do Paciente / Nome Social: *Everaldo Guilherme dos Santos*

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença: *Paciente do Janu querendo* SIS: *de neuro* CROSS: *1*

Quadro Clínico: *de força em Mts da D. e piora com movimentos cervicais.*

*Após exam RM parieto: Anno-chiari
RM cervical de disco mielia C2.*

Hipótese de Diagnóstico:

Anno-chiari +

CID: *D070*

Exames Solicitados:

*Hicnomicli
C2.*

D064

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Piora da dor e movimentos

Motivo do Encaminhamento:

Avaliação e conduta.

Assinatura / Carimbo do Profissional

Assinatura / Carimbo do Coordenador da Unidade:

Data:

Data: / /



Prefeitura de
SOROCABA

Secretaria da
Saúde

GUIA CONTRARREFERÊNCIA



Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Diagnóstico / Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: / /