MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL GOVERNO FEDERAL | Secretaria da Saúde GOVERNO DO TOCANTINS

CARTÃO DE ENCAMINHAMENTO
Caso suspeito de Meningite

Município:_____ **Nº da Notificação (SINAN):**_____ **Data de Atendimento:** _____/_____/_____

Nome do Profissional que realizou Atendimento: _____ **Formação:**_____

Unidade de Saúde:_____ **Telefone da Unidade: (** **)**_____

Telefone celular do profissional (caso o mesmo autorize): (**)**_____

Nome Completo do Paciente:_____

Nome Completo da Mãe:_____

Sexo: (**) Feminino (** **) Masculino** **Data dos Primeiros Sintomas:**_____/_____/_____

Quais Sintomas:_____

Hipótese Diagnóstica:_____

Paciente em uso de medicação? (**) Não (** **) Sim Qual?**_____

Paciente em uso de hidratação venosa? (**) Não (** **) Sim Qual?**_____

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE! COMUNICAR *IMEDIATAMENTE* O CASO SUSPEITO DE MENINGITES AO PLANTÃO DO CIEVS: 0800 - 642 – 7300

ÁREA DE ASSESSORAMENTO DAS MENINGITES DO ESTADO: (63) 3218-1733 e/ou meningiteto@gmail.com

MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL GOVERNO FEDERAL | Secretaria da Saúde GOVERNO DO TOCANTINS

CARTÃO DE ENCAMINHAMENTO
Caso suspeito de Meningite

Município:_____ Nº da Notificação (SINAN):_____ Data de Atendimento: _____/_____/_____

Nome do Profissional que realizou Atendimento: _____ Formação:_____

Unidade de Saúde:_____ Telefone da Unidade: ( )_____

Telefone celular do profissional (caso o mesmo autorize): ( )_____

Nome Completo do Paciente:_____

Nome Completo da Mãe:_____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Data dos Primeiros Sintomas:_____/_____/_____

Quais Sintomas:_____

Hipótese Diagnóstica:_____

Paciente em uso de medicação? ( ) Não ( ) Sim Qual?_____

Paciente em uso de hidratação venosa? ( ) Não ( ) Sim Qual?_____

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE! COMUNICAR *IMEDIATAMENTE* O CASO SUSPEITO DE MENINGITES AO PLANTÃO DO CIEVS: 0800 - 642 – 7300

ÁREA DE ASSESSORAMENTO DAS MENINGITES DO ESTADO: (63) 3218-1733 e/ou meningiteto@gmail.com