



GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA

REFERENCIA	
MUNICÍPIO	Município de origem: _____ Nº cartão SUS: <input type="text"/>
	Unidade de saúde: _____ Telefone: (63) _____
	Responsável pelo encaminhamento: _____
	Nome do paciente _____
	Endereço: _____
	Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masc. () Fem.
	Nome da mãe (sem abreviação): _____
	Unidade de referência: _____ Data do enc: _____ Horário: _____
	HISTÓRIA CLÍNICA (anexar exames complementares, informar medicamentos utilizados anteriormente e atualmente e demais informações clínicas):
	Ass. do Médico e carimbo: _____ Data: ____/____/____
REGULAÇÃO	Local do atendimento referenciado: _____ Fone: (63) _____
	Técnico responsável pelo agendamento: _____
UNIDADE DE REFERÊNCIA	CONTRARREFERÊNCIA
	PARECER: (Anexar exames complementares e demais informações):
	Ass: do Médico e carimbo: _____ Data do atendimento: ____/____/____