

Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal de Saúde Hosp. Mun. Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto



GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT

| NOME: | | | | | ROTINA |
|---|-------------|------------------------|-------|---------|-------------------|
| NOME DA MÃE: | | | | | EMERGÊNCIA |
| DATA DE NASCIMENTO: | IDADE: | SEXO: | RAÇA: | | PRONTUÁRIO: |
| DOCUMENTO: | CARTÃO SUS: | | | | CLÍNICA |
| ESTADO CIVIL: | TELEFONE: | | | | |
| NATURALIDADE: | | | | | ESPECIALIDADE: |
| ENDEREÇO: | | | | | ENFERMARIA/LEITO: |
| MUNICÍPIO: | | ESTADO: | CEP: | | |
| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ÁREA E/OU SEGMENTO ANATÔMICO A SER EXAMINADO | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS | | | | | |
| • | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| UNIDADE SOLICITANTE | ENCAMIN | ENCAMINHADO PARA ENDEF | | ENDEREG | ço |
| | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO (CARIMBO E ASSINATURA) | | | | | |
| ACTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO (CARINIDO E ACCINATORIA) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Data: | | | | | |
| Assinatura e Carimbo do profissional responsável | | | | | |