



RELATÓRIO DE REFERÊNCIA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO

Unidade de saúde de origem

Distrito

Nome do paciente

Data de nascimento:

Telefone:

Data do encaminhamento:

Número do cartão SUS:

Paciente encaminhado para avaliação por médico especialista em nefrologia de acordo com o(s) critério(s) de referência que seguem (assinalar os círculos abaixo conforme as necessidades clínicas):

ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

<input type="checkbox"/>	Estágio 3 com proteinúria > 3 g/ 24 h
<input type="checkbox"/>	Estágio 4 (TFG <29ml/min/1,73m ²)
<input type="checkbox"/>	Estágio 5 (TFG <15ml/min/1,73m ²)
<input type="checkbox"/>	Hipertensão acelerada
<input type="checkbox"/>	Síndrome nefrótica
<input type="checkbox"/>	Doença sistêmica com acometimento renal

ENCAMINHAMENTO DE ROTINA

<input type="checkbox"/>	Estágio 3 ^a (TFG <60ml/min/1,73m ²)
<input type="checkbox"/>	Albuminúria > ou = 300 mg/ g
<input type="checkbox"/>	Redução da TFG > 3 ml/ano
<input type="checkbox"/>	PA > 150/90 mmhg em uso de 3 ou + anti-hipertensivos
<input type="checkbox"/>	Hematúria glomerular
<input type="checkbox"/>	Litíase recorrente ou com histórico familiar
<input type="checkbox"/>	Redução na TFG > 15% com a introdução de IECA ou BRA
<input type="checkbox"/>	Infecção do trato urinário de repetição (2 ou + infecções em 6 meses 3 ou + infecções em 1 ano)
<input type="checkbox"/>	Doença renal cística (Rins policísticos, doença renal multicística ...)
<input type="checkbox"/>	Histórico de lesão renal aguda

DESCRIÇÃO SUMÁRIA

(Diagnóstico principal, medicamentos, motivo do encaminhamento)

--

Assinatura do médico responsável pela avaliação

X

TELEFONE

--

DATA DO ATENDIMENTO

--

ESPAÇO DO CARIMBO

--