



RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO

Unidade de origem

Nome do paciente

Data de nascimento

Número prontuário

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Data do encaminhamento

Telefone

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ENCAMINHAMENTO:

- Retorno à unidade de origem.
- Retorno à unidade de origem com acompanhamento paralelo na especialidade.

AVALIAÇÃO MÉDICA

AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

CONDUTA RECOMENDADA

Responsável pela avaliação (com carimbo)

Telefone:

Data

--	--

ESPAÇO DO CARIMBO

--