CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SETE LAGOAS - CISMISEL

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

01 - IDENTIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

MUNICÍPIO DE ORIGEM:	**UNIDADE / SERVIÇO SOLICITANTE:**	**CNES:**	**Nº SOLICITAÇÃO TFD:**
UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE (SE APLICÁVEL):		**TELEFONE DA UNIDADE:**	**DATA: ____/____/_____**

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO:			**CNS:**
CPF / DOC. DE IDENTIDADE:	**DATA DE NASCIMENTO:**	**SEXO:**	**TELEFONE:**
ENDEREÇO / RESIDÊNCIA:		**MUNICÍPIO / UF:**	**CEP:**
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO:		**NOME DA MÃE (SE NECESSÁRIO À IDENTIFICAÇÃO):**	

03 - DADOS DO ACOMPANHANTE (QUANDO INDICADO)

NOME COMPLETO:	**CPF / IDENTIDADE:**	**PARENTESCO / VÍNCULO:**
ENDEREÇO / RESIDÊNCIA:	**TELEFONE:**	**CEP:**

04 - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:

Descrever início, evolução, estado atual e principal queixa.

05 - EXAME FÍSICO / CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL:

06 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL / PRINCIPAL:	**CID-10:**

07 - EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS:

Relacionar os exames relevantes e anexar cópias quando aplicável.

08 - TRATAMENTO(S) JÁ REALIZADO(S) E RESULTADOS OBTIDOS:

09 - TRATAMENTO / EXAME INDICADO:

Informar o procedimento pretendido e o benefício clínico esperado.

10 - MÉDICO ASSISTENTE SOLICITANTE:	**CRM/UF:**	**DATA: ____/____/____**

Assinatura / Carimbo:

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
DA MICRORREGIÃO DE SETE LAGOAS - CISMISEL

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

11 - JUSTIFICATIVA DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NA LOCALIDADE:
Informar a inexistência, indisponibilidade ou insuficiência do recurso necessário no município/região de origem.

12 - JUSTIFICATIVA DE ENCAMINHAMENTO URGENTE (SE APLICÁVEL):

13 - JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE (SE APLICÁVEL):

14 - TRANSPORTE RECOMENDADO:

☐ TERRESTRE ☐ AÉREO ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTRO: _____

JUSTIFICATIVA / NECESSIDADES ESPECIAIS DURANTE O DESLOCAMENTO:

15 - OUTRAS ANOTAÇÕES RELEVANTES:

16 - PARECER / AUTORIZAÇÃO DO TFD

SITUAÇÃO:

☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO ☐ PENDENTE DE COMPLEMENTAÇÃO

PARECER / JUSTIFICATIVA:

UNIDADE ASSISTENCIAL DE DESTINO:		**MUNICÍPIO / UF DE DESTINO:**	**CONTATO / TELEFONE:**
DATA DO ATENDIMENTO:	**HORÁRIO:**	**DISTÂNCIA APROX. (KM):**	**OUTRAS INFORMAÇÕES DO AGENDAMENTO:**
RESPONSÁVEL / COMISSÃO DE TFD - CONTROLE E AVALIAÇÃO:		**FUNÇÃO / REGISTRO:**	
NOME/ ASSINATURA / CARIMBO:		**LOCAL E DATA:**	

OBSERVAÇÃO:	A solicitação deve ser preenchida pelo médico assistente e submetida à autorização do responsável/comissão de TFD do gestor competente. Anexar documentos e exames complementares exigidos pelo fluxo regulatório aplicável.