

TRAZER FOTOCOPIAS:

- RG
- CPF
- CONTA DE LUZ ATUALIZADA
- DEIXAR NUMERO DE CONTATO DE 2 PESSOAS

MENORES DE IDADE, DEVE TER FOTOCOPIA DO RESPONSÁVEL PARA ANEXAR JUNTO.

AÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

HORÁRIO:

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE***IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Reginaida Silva Batista Nunes

ENDEREÇO:

DATA NASC:

IDADE: 55A

SEXO: F

CPF:

TELEFONE:

NOME DA MÃE:

PRONTUÁRIO:

CARTÃO SUS:

TIPO DE CONSULTA: ☐ VEZ ☒ RETORNO***CID e CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

CODIGO DO CID: M545

***JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

QUEIXA/H.D./EX. FÍSICO/EX. LABORATORIAL/OUTROS EXAMES:

PACIENTE DE 55 ANOS DE IDADE, COM QUEIXA DE LOMBALGIA CRÔNICA, TRAS RESULTADO DE RNM COLUNA LOMBAR (Osteófitos marginais ântero-laterais nos corpos vertebrais de T12 a S1.

Osteoartrose das articulações inter-apofisárias de L5 / S1.

Discreto abaulamento pósterio-global do disco intervertebral de L4 / L5, o qual toca a face ventral do saco tecal, sem comprimir as raízes nervosas adjacentes.

Disco intervertebral de L5 / S1 reduzido em altura, degenerado, contendo gás em seu interior (sinal do vácuo), apresentando complexo disco-osteofitário posterior de base ampla, o qual comprime a face ventral do saco teca oblitera os recessos laterais, sem comprimir as raízes nervosas adjacentes.)

☐ ELETIVO ☐ URGENTE***MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO****SOLICITO AVALIAÇÃO COM ORTOPEDISTA**

CAROLINA B F COLLA

CRM/MS8916

DATA:05/01/2024

HORÁRIO:

Dra Carolina B F Colla
 Médica
 CRM/MS 8916
 ASSINATURA E CARIMBO

AGENDAMENTO

UNIDADE:

MUNICÍPIO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

DATA DO ATENDIMENTO:

HORÁRIO:

PROFISSIONAL EXECUTANTE:

FONE:

MOTIVO DA RECUSA DE AGENDAMENTO

- PREENCHIMENTO DEVERÁ SER REALIZADO DE FORMA LEGÍVEL (PREFERÊNCIA LETRA DE FORMA
- TODOS OS CAMPOS COM ASTERISCO (*) DEVERÃO SER PREENCHIDOS ANTES DO ENVIO DO FAX.
- PREENCHER O Nº DO PRONTUÁRIO SOMENTE EM CASO DE RETORNO.