

ANEXO III – Laudo Médico Assistente**Folha 01/02**

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	TIPO SANGUINEO:
PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIGTAP:		
DIAGNÓSTICO INICIAL:	CID 10:		
1 – HISTÓRICO DA DOENÇA (PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS):			
2 – EXAME FÍSICO:			
3 – DIAGNÓSTICO RELACIONADO AO PROCEDIMENTO SOLICITADO (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):			
4 – PRINCIPAIS RESULTADOS/EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIAS):			
5 – TRATAMENTOS REALIZADOS:			
6 – CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A CONSULTA OU PROCEDIMENTO:			



ANEXO III – Laudo Médico Assistente

Folha 02/02

7 – DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL:		
8 – MEDICAMENTOS EM USO E DOSE (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):		
9 – ESTADO NUTRICIONAL (IMC E OUTROS):		
10 – CARACTERIZAÇÃO DE EVENTUAL URGÊNCIA NA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:		
11 – HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL SIGNIFICATIVA, ESPECIALMENTE QUANTO AO USO E ALERGIA A MEDICAMENTOS, BEM COMO ALERGIA A CONTRASTES ANESTÉSICOS E ANTI-SÉPTICOS:		
12 – JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAMES NA LOCALIDADE:		
13 – JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:		
14 – TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: EM CASO DE TRANSPORTE AÉREO, TORNA-SE OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA. () TERRESTRE () AÉREO JUSTIFICATIVA CLINICA:		
15 - DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:		
LOCAL E DATA:		NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:
CPF:	Nº CNES:	ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
Nº CNS DO MÉDICO	TELEFONE:	CELULAR:

