

**ANEXO V – Relatório de Alta temporária ou definitiva / Contrarreferência****TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD INTERESTADUAL – ALAGOAS****RELATÓRIO DE ALTA**

NOME DO HOSPITAL: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: _____
NOME DO PACIENTE: _____
POSSUI ACOMPANHANTE? SIM ( ) NÃO ( ) NOME DO ACOMP.: _____

DIAGNÓSTICO / MOTIVO DO TFD: \_\_\_\_\_

OUTROS DIAGNÓSTICOS: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO OU EXAMES REALIZADOS: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_

CONDIÇÃO ATUAL DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO POR OUTRAS ESPECIALIDADES? QUAIS? MOTIVO(S)? : \_\_\_\_\_

HOUE NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: ( )SIM ( )NÃO PERÍODO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ À \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ATENDIMENTO VIA SUS: ( )SIM ( )NÃO SE NÃO, CITE A FORMA DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

HÁ NECESSIDADE DE RETORNO: ( )SIM ( )NÃO COM ACOMPANHANTE: ( )SIM ( )NÃO DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

JUSTIFICAR O MOTIVO DO RETORNO, ESPECIFICANDO QUE TIPO DE TRATAMENTO DEVERÁ TER CONTINUIDADE E/OU SE NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE ALGUM ACOMPANHAMENTO NO MUNICÍPIO DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO DATA DE PREENCHIMENTO DESTE RELATÓRIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DA ALTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE/ E-MAIL PARA CONTATO COM PACIENTE: \_\_\_\_\_

PEGAR PASSAGEM DA PRÓXIMA CONSULTA DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CIENTE: \_\_\_\_\_

