

ANEXO XII – Relatório de Evolução Clínica

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

(Favor preencher todas as lacunas)

Informamos que o (a) paciente _____,
Prontuário Nº _____, foi atendido(a) nesta Instituição para TFD. O diagnóstico
do paciente é _____, CID-10 _____. O(s)
procedimento(s) e/ou tratamento(s) realizado(s) foi(foram): _____

Informações complementares/exames: _____

Estado geral atual do paciente: _____

Há necessidade de retorno do paciente a esta Instituição? NÃO () SIM ()

Justificar a necessidade do retorno, especificando qual tratamento deverá ter continuidade na
Instituição: _____

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do médico assistente
(carimbo e com CNS)

