



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO SERVIÇO DE
ESTOMATERAPIA

CÓDIGO / REVISÃO / VERSÃO
FOR.001.ASS.MLT.CLU
26/08/2021 – V.02

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

ÁREA: CLÍNICAS UNIMED

PÁGINA: 1 de 1

I - DADOS DO PACIENTE:

() UNIMED FORTALEZA () OUTRA UNIMED - ESPECIFICAR: _____
Nº Carteira: _____ DN: ___/___/___ Previsão de alta: ___/___/___
Nome: _____ Sexo: () M () F
Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Fone: _____ Cel: _____
Responsável: _____ Fone: _____ Cel: _____
Origem: () Hospital () Unimed Lar () Consultório Leito: _____

II - DIAGNÓSTICO ATUAL

III - COMORBIDADES

IV - MEDICAÇÕES EM USO

V - EXAMES LABORATORIAIS

Sim () Não () Quais: _____

VI - EXAMES DE IMAGEM

() TC () RNM () Laudo: _____

VII - PRESENÇA DE OSTEOMILETITE

Sim () Não () Se sim: () Tratada () Em tratamento () Crônica

VIII - AVALIAÇÃO DA LESÃO

Tipo de lesão: _____ Tempo da lesão: _____

Medição da lesão (Bidimensional ou Tridimensional): _____

Terapia tópica utilizada: _____

Terapias adjuvantes: () Sim () Não Se sim, especificar: _____

Acompanhado pro especialista médico: Sim () Não () Nome/Contato: _____

IX - AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO/MÉDICO - COREN/CRM