



centro clínico
univates

AMBULATÓRIO GENTE GRANDE

Formulário de Encaminhamento ao Ambulatório de Crianças de Alto Risco (preencher em duas vias)

Nome da criança: _____

Idade: _____

Motivo do encaminhamento (com lista de diagnósticos): _____

Medicações em uso (se tiver): _____

Município de residência da criança : _____

Médico responsável pela alta hospitalar/UTI: _____

Data: _____

Fluxo do encaminhamento:

O médico responsável pela alta hospitalar deverá preencher o formulário em duas vias e entregar aos pais do paciente. Estes irão dirigir-se à Secretaria de Saúde de seu município de origem para autorizar e agendar a consulta. Uma das vias do formulário fica na Secretaria de Saúde e a outra os pais deverão levar na primeira consulta, juntamente com o sumário/nota de alta hospitalar e a caderneta de saúde da criança.