



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SESAU
GERÊNCIA DE TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO-GTFD/SUS
Tel. (69) 3216-5295/3216-5293/3216-5380 /0800 648 5499
Email: tfdportovelho@gmail.com whatsapp (69)8482-1232 / 8482-1212

LAUDO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente:	
Telefone ()	Município:
Endereço:	
Idade:	Tipagem Sanguínea:
CNS:	CPF:

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

NOME:		CRM:
CPF:	Telefone ()	CNS:
Estabelecimento Vinculado ao SUS:		

IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE

Nome do Acompanhante:		
Endereço:		RG:
Município:	Telefone: ()	CPF:

DADOS DO DIAGNÓSTICO E DO PROCEDIMENTO

Procedimento Solicitado:*	
Código do procedimento solicitado (SIGTAP/OBRIGATÓRIO):	
Diagnóstico Inicial: _____	CID – 10 (Ex: A 17.0):
Caráter de Internação:*	
Clínica:	
Principais sinais e sintomas clínicos/medicações em uso:	
Condições que justificam a internação:	
Principais resultados das provas diagnósticas:	
Data da inclusão (primeiro laudo): _____	CID da inclusão:

DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DO ESTADO DO PACIENTE

Condições Hemodinâmicas (mensuração da PA obrigatória):					
PA:	AC:	BNF:	FC:		
Padrão Respiratório:					
Funções Renal e Hepática:					
Estado Neurológico Sumário:					
Estado Nutricional:					
Caracterização de eventual urgência na realização do procedimento:*					
História progressiva e atual significativa especialmente quanto ao uso e alergia a medicamento, bem como alergia e contrastes, anestésicos e antissépticos:					
Informações sobre dados de exame físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não):*					
PA:	AC:	BNF:	FC:	AP:	FR:

INFORMAÇÕES DOS EXAMES COMPLEMENTARES MÍNIMOS, INDEPENDENTE DE OUTROS EXAMES REALIZADOS

Hemograma Completo:
Coagulograma:*
Creatinina:*
Glicemia de Jejum:*
Eletrocardiograma:*
Radiografia do Tórax (para maiores de 60 anos):*
Relatório de risco cirúrgico (coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA 1, 2, 3, 4, ou 5):*

DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DO ESTADO DO PACIENTE E MEIOS DE TRANSPORTES

Transporte recomendável: em caso de transporte aéreo, torna-se obrigatória justificativa clínica: <input type="checkbox"/> TERRESTRE <input type="checkbox"/> AÉREO JUSTIFICATIVA CLÍNICA:
Atestar a necessidade de acompanhante: NO CASO DE SIM, JUSTIFICAR: <input type="checkbox"/> SIM, JUSTIFICATIVA CLÍNICA: _____ <input type="checkbox"/> NÃO

Local e Data _____, _____ DE _____ 202__.

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE (INTERIOR)
CARIMBO E ASSINATURA

Declaro para os devidos fins que o tratamento solicitado neste laudo médico está com todos os meios esgotados para sua realização na Rede Pública e/ou conveniada do Estado de Rondônia pelos seguintes motivos:

- Inexistência de tratamento no Estado;
 Inexistência de especialistas na Rede pública e/ou conveniada;
 Outros; JUSTIFICATIVA

OBRIGATÓRIA: _____

Assumo ainda, a integral responsabilidade quanto à veracidade do conteúdo neste documento.

MÉDICO ASSISTENTE
CARIMBO E ASSINATURA
USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO DO TFD
PARECER DA JUNTA MÉDICA/TFD

1º Perito _____ 2º Perito _____ 3º Perito _____

SIM NÃO SIM NÃO SIM NÃO

EM: _____ / _____ / _____ EM: _____ / _____ / _____ EM: _____ / _____ / _____

ASSINATURA DE CARIMBO MÉDICO

ASSINATURA DE CARIMBO MÉDICO

ASSINATURA DE CARIMBO MÉDICO