

**FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA / CONTRA-REFERÊNCIA ATENDIMENTO AMBULATORIAL -
CONFIDENCIAL**

A contra referência é importante para a manutenção e acompanhamento dos pacientes

Unidade responsável pelo encaminhamento: _____ Telefone Unidade: _____

Nome do paciente: _____ Nº IPSM: _____

Idade _____ Militar _____ Posto/Grad: _____ Unid. vinculação do paciente: _____

Dependente _____ Grau de parentesco: _____ Nº IPSM: _____

Responsável pelo paciente / Acompanhante: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

DADOS DO REFERENCIAMENTO

Referenciado à instituição/ ao especialista : _____

Nome da instituição _____ Telefone: _____

Motivo do encaminhamento

DADOS DO CONTRA-REFERENCIAMENTO

Parcer do profissional especialista da unidade referenciada (tratamento indicado, medicação prescrita, sugestão de conduta terapêutica).

Nome e carimbo do especialista _____ Data: ____/____/____