

**RELATÓRIO MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA – ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA SUBSEQUENTE****IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR**

Prestador:

N.º do Protocolo de Autorização(AP):

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome:

Código de Identificação:

Sexo: Masculino Feminino

Data Nascimento: ____/____/____

Idade: _____ anos

ANTECEDENTES FAMILIARES Obesidade Diabetes Mellitus Hipertensão Arterial Infarto do Miocárdio Acidente Vascular Cerebral Doenças Psiquiátricas**EXAME FÍSICO**

Peso (Kg):

Altura (m):

IMC (kg/m²):

Circunf. Abdominal (Cm):

PA:

CID (Patologia de base):

Justificativa de Permanência no Programa:**Evolução:****IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

MÉDICO ASSISTENTE:

CREMEB:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA E/OU CARIMBO DO MÉDICO:



RELATÓRIO MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA – ENAMINHAMENTO PARA NUTRIÇÃO			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:		N.º do Protocolo de Autorização(AP):	
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____	Idade: _____ anos	
ANTECEDENTES FAMILIARES			
<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	
<input type="checkbox"/> Infarto do Miocárdio	<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/> Doenças Psiquiátricas	
EXAME FÍSICO			
Peso (Kg):	Altura (m):	IMC (kg/m2):	Circunf. Abdominal (Cm):
PA:		CID (Patologia de base):	
Exames Laboratoriais e Complementares:			
Justificativa de Encaminhamento para Nutrição:			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
MÉDICO ASSISTENTE:		CREMEB:	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E/OU CARIMBO DO MÉDICO:	



RELATÓRIO NUTRICIONAL – AVALIAÇÃO INICIAL			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:		N.º do Protocolo de Autorização(AP):	
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____		Idade: ____ anos
EXAME FÍSICO			
Peso (Kg):	Altura (m):	IMC (kg/m ²):	Circunf. Abdominal (Cm):
CID:		Diagnóstico nutricional:	
Avaliação Nutricional:			
Condução Nutricional:			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
NUTRICIONISTA:			CRN:
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO NUTRICIONISTA:	



RELATÓRIO NUTRICIONAL – ACOMPANHAMENTO			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:		N.º do Protocolo de Autorização(AP):	
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____	Idade: _____anos	
EXAME FÍSICO			
Peso (Kg):	Altura (m):	IMC (kg/m2):	Circunf. Abdominal (Cm):
CID:		Diagnóstico nutricional:	
EVOLUÇÃO NUTRICIONAL DO PACIENTE			
Exames (laboratoriais e complementares):			
Evolução Nutricional (perda/ganho ponderal, controle dos níveis pressóricos e glicêmico, aceitação do plano alimentar, etc.):			
Conduta Nutricional:			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
NUTRICIONISTA:			CRN:
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO NUTRICIONISTA:	



ANEXO V

Eu, _____,
Cadastro no PLANSERV nº _____, solicito a mudança
de atendimento no Programa De Endocrinopatia da (o) Clínica/Hospital
_____ em que fui atendido por equipe
multidisciplinar, para a(o) Clínica/Hospital
_____.

Justificativa Para Troca de Prestador

(Expor razões que levou a mudança de prestador)

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura Do Responsável Beneficiário

Telefones para contato:

1: _____

2: _____



RELATÓRIO MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA – ALTA DO PROGRAMA DE ENDOCRINOPATIA			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:		N.º do Protocolo de Autorização(AP):	
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____	Idade: _____ anos	
EXAME FÍSICO			
Peso (Kg):	Altura (m):	IMC (kg/m2):	Circunf. Abdominal (Cm):
PA:		CID (Patologia de base):	
JUSTIFICATIVA PARA ALTA			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
MÉDICO ASSISTENTE:		CREMEB:	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E/OU CARIMBO DO MÉDICO:	