



RECEITUÁRIO



NOME: _____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1.ª Via retenção da Farmácia ou Drograria - 2.ª Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM: UF: N.º:

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órgão Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____

CASASCO - 3652-7131

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SÃO PAULO
DRS - II DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARAÇATUBA
Guia de Encaminhamento - Referência e Contra Referência

REFERÊNCIA:

Do _____ Para _____

I-IDENTIFICAÇÃO: PRONTUÁRIO N.º _____

Nome: _____

Nascimento: ____/____/____ Idade _____ Sexo: _____

RG: _____ CPF: _____

CNS: _____ Mãe: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Município: _____ Telefone/Referência: _____

II-RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, CONSULTA E EXAMES REALIZADOS:

III-HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID: _____

IV- SOLICITAÇÃO:

Data ____/____/____

CONTRA REFERÊNCIA:

Do _____ Para _____

Nome: _____ Idade: _____ N.º Prontuário _____

I- RELATÓRIO E ORIENTAÇÕES:

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

« NAA 001.DOC »»

Obs.: 1ª via (Branca) - retido pela Unidade de Referência
2ª via (Amarela) - devolvido à Unidade Requisitante, através do paciente



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
Requisição de Serviços de Diagnose e Terapia - S A D T

UNID. PREST.: Nome: _____ Código SUS/SP | _____

UNID. REQ.: Nome: _____ Código SUS/SP | _____

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

N.º RG | _____ Idade _____ []a []m []d Sexo: [] Fem. [] Masc. [] Indef.

CNS | _____

Nome: _____

Endereço: _____

Município de Residência: _____ Cód. Mun. Resid. | _____ UF | _____

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO: **LABORATÓRIO - STA. CASA** Data de Solicitação: _____/_____/_____

Descrição do Procedimento: _____ Código SIA/SUS _____ Data _____ Assinatura do Cliente _____

Identificação do Solicitante: Assinatura: _____ CR _____

Nome: _____

Identificação do Responsável pelo SADT:

Assinatura: _____ CR _____

Nome: _____ Data Realização: _____





SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
Requisição de Serviços de Diagnose e Terapia - SADT

UNID. REQ.: Nome: _____ Código SUS/SP | | | | | | | | | |

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

N.º RG | | | | | | | | | | | | | | | | DATA NASCIMENTO ____/____/____ Sexo: [] Fem. [] Masc.

CNS | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome: _____

Endereço: _____

Município de Residência: _____ Cód. Mun. Resid. | | | | | | | | | | UF | |

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO: **RAIO X - PRONTO SOCORRO** Data de Solicitação: ____/____/____

Descrição do Procedimento: _____ Código SIA/SUS | | | | | | | | | | | | | | | |

Identificação do Solicitante: Assinatura: _____ CR _____

Nome: _____

Identificação do Responsável pelo SADT:

Assinatura: _____ CR _____

Nome: _____ Data Realização: | | | | | | | | | |

Assinatura do Paciente: _____



collagraf (10) 3002-0374