

患者氏名 :

患者 ID :

Documento de recomendação de pacientes**Hospital** _____**Doutor** _____

Ano Mês Dia

Nome		Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Data de nascimento	Ano Mês Dia	Idade	anos
Endereço			
Telefone residencial		Telefone celular	
Profissão			
Nome da doença ou lesão			
Objetivo da recomendação			
História clínica e Histórico familiar			
Curso clínico, resultados de exames laboratoriais e tratamento			
Prescrição atual			
Documentos anexos	<input type="checkbox"/> Não há <input type="checkbox"/> Há → <input type="checkbox"/> Raios X <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada <input type="checkbox"/> Ressonância magnética <input type="checkbox"/> Ultrassonografia endoscópica <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma <input type="checkbox"/> Exame de sangue <input type="checkbox"/> Sumário da alta hospitalar		