



TELECEPRED - MATERNIDADE

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA ADMISSÃO DE USUÁRIOS NO CEPRED VIA PLATAFORMA TELESSAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Por favor, orientar o usuário a trazer cópia do documento de identificação no dia da consulta. Se menor de 18 anos, trazer também a cópia do documento de identificação do responsável.

NOME:	SEXO: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
NOME SOCIAL:	DATA DE NASCIMENTO:		
NOME COMPLETO DA GENITORA:			
RAÇA/ETNIA: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena - Etnia:			
CPF:	RG:	CNS:	NACIONALIDADE:
ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE:			Nº: CEP:
			CIDADE:
TELEFONE:	WATTSAPP:	E-MAIL	

2. SOLICITAÇÃO DE TRIAGEM AUDITIVA PARA BEBÊS

EXAME(S) SOLICITADO(S): AUDIOMETRIA PEATE/BERA OEA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

FEZ O TESTE DA ORELHINHA?

SIM NÃO DATA: ___/___/___

FEZ RETESTE?

SIM NÃO NÃO SE APLICA DATA: ___/___/___

FEZ ALGUM OUTRO EXAME AUDIOLÓGICO?

SIM NÃO

SE SIM, QUAL? _____

DATA: ___/___/___

NOME DO PROFISSIONAL QUE SOLICITOU:

Nº DO CONSELHO REGIONAL:

ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO ENTREGAR AO PACIENTE A GUIA DE SOLICITAÇÃO DO EXAME DO SUS PREENCHIDA E ASSINADA E CARIMBADA POR MÉDICO OU FONOAUDIÓLOGO.

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Chegar com 30 minutos de antecedência do horário previsto para a consulta.

Entregar ao SAME cópia do documento com foto e cópia do documento do responsável legal, para menores de 18 anos. Entregar a cópia do relatório médico e/ou exame(s) audiológico(s).