

Para encaminhamento de pacientes oriundos da assistência municipal ou regional para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores, o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares da doença

Dados do Paciente:

Nome: _____

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

Nome da mãe: _____

RG: _____ CPF: _____

CNS: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Regional de Saúde: _____

1 - Referência

Motivo do Encaminhamento:

Histórico da doença atual:

Diagnóstico Principal: () ceratocone () ceratopatia bolhosa () Outros: _____

Doenças Associadas:

Exame físico / Acuidade visual:

OD _____

OE _____

Exames e procedimentos realizados:

2 - Contra Referência

Conduta pelo Centro Transplantador: _____

De posse destes registros, a **CENTRAL DE REGULAÇÃO** disponibiliza ao serviço básico ou especializado de saúde, municipal ou regional, a consulta do paciente solicitante no Centro Transplantador.

Serviço de origem: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Carimbo e Assinatura do oftalmologista

Data: ____/____/____.