



Relatório médico de encaminhamento de pacientes para tratamento ambulatorial na  
Rede de Reabilitação Lucy Montoro

Especialidade "Fisioterapia - Reabilitação Física"

Este relatório deve ser preenchido DIGITALMENTE, impresso, assinado e carimbado pelo médico, escaneado e inserido no Portal Cross.

**ATENÇÃO:** Os campos destacados em vermelho e pelo menos um macroprocesso são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

### 1. DADOS DO PACIENTE

Nome completo:		
Data de nascimento:	Código CROSS:	
RG:	CPF:	Cartão SUS:
Município de residência:	Estado de residência:	
E-mail:		
Tel. residencial:	Tel. celular:	

### 2. DIAGNÓSTICO (Favor preencher com o código CID completo que melhor represente os diagnósticos do paciente)

2.1. Diagnóstico da INCAPACIDADE (o que melhor representa a restrição de funcionalidade do paciente): CID 10:

2.2. Diagnóstico da ETIOLOGIA (o que gerou a INCAPACIDADE).

Selecione um ou mais macroprocessos abaixo e complete com código CID

MACROPROCESSO	CID 10
Amputação	
Doenças congênitas e perinatais	
Doenças neuromusculares e neurodegenerativa	
Doenças osteomioarticulares 1	
Doenças osteomioarticulares 2	
Hemofilia	
Lesão encefálica	
Lesão medular	
Síndrome de Down	

2.3. Descreva abaixo o quadro clínico do paciente com detalhamento da localização da morbidade, nível, lateralidade e exame neurológico do sistema motor.

--

2.4. Data da instalação da INCAPACIDADE:

2.5. Data da PERDA FUNCIONAL:

### 3. RESUMO CLÍNICO

3.1. Possui doenças associadas?

3.1.1. Se sim, as doenças associadas estão controladas?

3.1.2. Está em acompanhamento médico dessas doenças?

3.2. Está em uso de ventilação mecânica ou ventilação invasiva?

3.3. Está em oxigenioterapia?

3.4. Tem ou teve crises convulsivas?

3.4.1. Se sim, estão controladas?

3.4.2. Quando foi a última crise convulsiva?

3.5. Tem lesão por pressão?

3.5.1. Se sim, liste os locais com lesão:

3.5.2. Grau da pior lesão:

### 4. EM RELAÇÃO À INCAPACIDADE QUE MOTIVOU ESTA SOLICITAÇÃO

Descreva o motivo do encaminhamento:

### 5. SOLICITANTE

Nome da instituição:	CNES:
Endereço:	Telefone:
Nome do médico:	CREMESP:
Data:	

Assinatura e carimbo do médico