

Etiqueta de identificação do paciente

SOLICITAÇÃO DE INTERCONSULTA E ACOMPANHAMENTO

Unimed 

Maringá

Nome do paciente: _____

Médico solicitante: _____

Médico requisitado: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Descrição de quadro clínico e motivo da solicitação de avaliação: _____

Natureza da solicitação: Interconsulta Acompanhamento

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Avaliação do requisitado: _____

Parecer do requisitado: _____

Médico Solicitante

Médico Requisitado

Parecer Auditoria: _____

Data: ____/____/____ _____

Médico Auditor

Data: ____/____/____ Evolução Requisitado: _____

_____ Visto: _____

Checagem Auditor Médico: _____

_____ Data: ____/____/____ Visto: _____

Data: ____/____/____ Evolução Requisitado: _____

_____ Visto: _____

Checagem Auditor Médico: _____

_____ Data: ____/____/____ Visto: _____

Data: ____/____/____ Evolução Requisitado: _____

_____ Visto: _____

Checagem Auditor Médico: _____

_____ Data: ____/____/____ Visto: _____

Data: ____/____/____ Evolução Requisitado: _____

_____ Visto: _____

Checagem Auditor Médico: _____

_____ Data: ____/____/____ Visto: _____

Data: ____/____/____ Evolução Requisitado: _____

_____ Visto: _____

Checagem Auditor Médico: _____

_____ Data: ____/____/____ Visto: _____

Data: ____/____/____ Evolução Requisitado: _____

_____ Visto: _____

Checagem Auditor Médico: _____

_____ Data: ____/____/____ Visto: _____

Data: ____/____/____ Evolução Requisitado: _____

_____ Visto: _____

Checagem Auditor Médico: _____

_____ Data: ____/____/____ Visto: _____

Data: ____/____/____ Evolução Requisitado: _____

_____ Visto: _____

Checagem Auditor Médico: _____

_____ Data: ____/____/____ Visto: _____