



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO SERVIÇO DE  
ESTOMATERAPIA

CÓDIGO / REVISÃO / VERSÃO  
FOR.001.ASS.MLT.CLU  
26/08/2021 – V.02

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

ÁREA: CLÍNICAS UNIMED

PÁGINA: 1 de 1

**I - DADOS DO PACIENTE:**

( ) UNIMED FORTALEZA ( ) OUTRA UNIMED - ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_  
Nº Carteira: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Previsão de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_  
Origem: ( ) Hospital ( ) Unimed Lar ( ) Consultório Leito: \_\_\_\_\_

**II - DIAGNÓSTICO ATUAL**

**III - COMORBIDADES**

**IV - MEDICAÇÕES EM USO**

**V - EXAMES LABORATORIAIS**

Sim ( ) Não ( ) Quais: \_\_\_\_\_

**VI - EXAMES DE IMAGEM**

( ) TC ( ) RNM ( ) Laudo: \_\_\_\_\_

**VII - PRESENÇA DE OSTEOMILETITE**

Sim ( ) Não ( ) Se sim: ( ) Tratada ( ) Em tratamento ( ) Crônica

**VIII - AVALIAÇÃO DA LESÃO**

Tipo de lesão: \_\_\_\_\_ Tempo da lesão: \_\_\_\_\_  
Medição da lesão (Bidimensional ou Tridimensional): \_\_\_\_\_  
Terapia tópica utilizada: \_\_\_\_\_  
Terapias adjuvantes: ( ) Sim ( ) Não Se sim, especificar: \_\_\_\_\_  
Acompanhado pro especialista médico: Sim ( ) Não ( ) Nome/Contato: \_\_\_\_\_

**IX - AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ENFERMEIRO/MÉDICO - COREN/CRM