RECEÇÃO SAMS ______/_______/________ CÓD. ________________

REGISTO INF. _____/_______/_________ OBS. ________________

RELATÓRIO CLÍNICO/DOENÇAS CRÓNICAS

BENEFICIÁRIO □□□□□□□ IDADE □□

NOME □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

1. Situação clínica/diagnóstico:

____
____
____
____
____
____
____
____

2. Data de início doença/diagnóstico:

____
____
____
____

3. Exames Complementares:

____
____
____
____

4. Estado atual:

____
____
____
____

5. Outras doenças:

_____
_____
_____
_____

6. Proposta de recurso a serviços especializados (quais):

_____
_____
_____
_____

7. Terapêutica a realizar:

_____
_____
_____

8. Previsão recuperação:

_____
_____

9. Outras Observações:

_____
_____
_____
_____

Data_____/_____/_____ Assinatura

_____

Nome (completo) do Médico_____

Especialidade_____Código Barras

O SBSI/SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que, legitimamente, lho solicitem por escrito.