



Relatório Médico

MEDICINA FISICA DE REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Benef.Nº.: _____

Nome completo: _____

1. Diagnóstico:

1. _____

2. _____

3. _____

Início:

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

2. Causa da doença:

Natural

Acidental

Trabalho

Viação

3. Terapêutica realizada:

4. Exames complementares realizados:

5. Avaliação funcional da mobilidade:

Impossível

Indep. c/auxiliares

Com ajuda

Independente

6. Terapêutica a realizar:

Nº. total de sessões: _____

Programa de tratamento:

1. Local

Domicilio

Centro

2. Períocidade

Diário

2 X Semana

3 X Semana

3. Duração
previsível do
tratamento

Previsão do grau de recuperação: _____

Outras Observações: _____

O Médico responsável:

Data: _____ Nome: _____
/ /

_____ Assinatura

PARECER CLÍNICO	DESPACHO

A preencher pelos serviços internos dos SAMS

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.