ENCAMINHAMENTO
PARA HOSPITAL

Encaminho paciente: _____

Para atendimento em: _____

Atendido em: _____

Na data: ___/___/___

Apresentando o seguinte quadro clínico:

Exame físico e/ou exames complementares realizados na unidade:

Encaminho para avaliação hospitalar, considerando a necessidade de investigação complementar, tratamento especializado e/ou suporte de maior complexidade

_____ , ___/___/___

LOCAL DATA

_____

CARIMBO E ASSINATURA