



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE - DAHA
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR
18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
GERENCIAMENTO DE USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA - GUD

**RELATÓRIO MÉDICO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE AO PROGRAMA
DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS**

DADOS DO PACIENTE	
NOME:	
DIAGNÓSTICO:	
CID PRINCIPAL:	CID SECUNDÁRIO:
TIPO DE CIRURGIA REALIZADA:	
DATA E LOCAL DA CIRURGIA:	

TIPO DE ESTOMIA			
<input type="checkbox"/> COLOSTOMIA	<input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA	<input type="checkbox"/> DEFINITIVA	
<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> DEFINITIVA	<input type="checkbox"/> EM ALÇA	
<input type="checkbox"/> UROSTOMIA			
IRRIGAÇÃO INTESTINAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
QUADRANTE:			
<input type="checkbox"/> QSD	<input type="checkbox"/> QSE	<input type="checkbox"/> QID	<input type="checkbox"/> QIE
DIAMETRO mm:			
TIPO DE BOLSA:	<input type="checkbox"/> 01 PEÇA	<input type="checkbox"/> 02 PEÇAS	
ITENS ADJUVANTES DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA:			

NOME E CRM DO MÉDICO:
DATA DA SOLICITAÇÃO:
<hr/>
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO