(ANEXO V:PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO)

REFERENCIAÇÃO PARA CONSULTA DE REUMATOLOGIA

PEDIDO DE CONSULTA

A PREENCHER PELO IPR
Nº _____
DATA
___/___/___

Caro(a) Colega,
A informação solicitada abaixo destina-se a avaliar a prioridade da consulta do seu doente. Poderá contactar-nos directamente pelo **Telefone 21 798 02 00**, através do **Fax 21 793 59 71** ou pelo e-mail: consulta.beneficencia@ipr.pt ou pessoalmente na Rua da Beneficência, nº 7 – 1050-034 Lisboa (IPR – Apartado 13051 – 1050-034 Lisboa) - Tentaremos dar-lhe resposta tão breve quanto possível.

.Identificação do doente

*Nome completo:

_____

*Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: M ☐ F ☐ *Telefone: _____ Telemóvel_____E-mail:_____

*Morada: _____ *Localidade _____*CP_____

*Nº Cartão Utente do S.N.S. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

*Entidade Financeira Responsável _____ *Nº de Beneficiário |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Antecedentes pessoais relevantes

Terapêutica Actual

Manifestações articulares

Duração das queixas: _____ anos/ meses
Localização das dores: Cervical / Dorsal / Lombar / Ombro / Cotovelos/ Punhos/ Metacarpofalângicas / Interfalângicas / Anca / Joelhos / Tíbio-társico / Tarso/ Dedos dos pés / Dor generalizada
Outra: _____
Distribuição das queixas: Simétrica ☐ Assimétrica ☐

Ritmo doloroso: Inflamatório/ mecânico/ misto
Dor em repouso nocturno: Sim / Não
Duração de rigidez matinal: Menos de 30 minutos /Mais de 30 minutos
Tumefacção articular: Ausente / Óssea /Elástica
Evolução no tempo: Aditiva/ Migratória Recorrente/ Persistente

Manifestações extra-articulares (provavelmente relacionadas com doença reumática)

Febre / Perda de peso / Adenopatias /Parestesias / Diminuição da força/ Fenómeno de Raynaud/ Fadiga acentuada/ Olho vermelho/ Fotossensibilidade/ Erupção cutânea/ Púrpura/ Úlceras/ Queda de cabelo/ Aftas orais ou genitais/ Secura das mucosas/ Balanite/ Derrame pleural/Pericardite/ Disfagia/ Edema dos membros inferiores e Hipertensão arterial /

Outras:

Exames complementares (ou fotocópia dos exames realizados pelo doente)

Hb: ____ g/dl Leuc: _____ (Neut.__%; Linf.___%)
Ac. Úrico _____ Fosf. Alcalina _____ Plaq.: _____ VS ___
PCR _____ Glic: ____ Creatinina: ____ Ureia: ____
AST _____ ALT_____ gGT _____
(Se aplicável: F. Reumatóide: _____ Waller-Rose: _____
Ac. antinucleares _____

Urina II: Normal/ Alterada:
Rx das articulações afectadas:
Outros exames pertinentes:

Tratamentos efectuados:

_____ ⇨
_____ ⇨

Resultados:

_____
_____

*Motivos de referenciação: _____

*Hipótese(s) Diagnóstica(s):_____

_____

Gravidade da situação (0-100) ☐☐☐

* Médico Requisitante (assinatura) _____ Telefone _____

* Data ___/___/___

*Campos de preenchimento obrigatório

* VINHETA
Identificação do Centro de Saúde

* VINHETA
Identificação do Médico

* VISTO/AUTORIZAÇÃO
_____
Director do Centro de Saúde