

**RELATÓRIO CLÍNICO**

Assistência na Educação Especial

(Carimbo/Vinheta do Médico)

Para uso exclusivo dos Serviços

Recepção

Conf.

Reg. Inf.

Nº. Beneficiário

Idade

Nome

**Relatório Clínico** (para análise dos serviços clínicos internos dos SAMS)**1. Antecedentes pediátrico a realçar:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Situação clínica actual:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3. Meios complementares de diagnóstico já efectuados:**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Orientação terapêutica aconselhada:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos dos SAMS-Centro.

Data ...../...../.....

Assinatura .....

Nome (completo) do Médico .....

Especialidade .....

Cédula Prof. Ordem dos Médicos Nº. ....

O SBC-SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correcção e supressão, sempre que legitimamente lhe solicitarem por escrito.