SAMS SBC

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 SBC)*

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 SBC.

Data ...../...../..... *Assinatura* .....

Nome (completo) do Médico .....

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

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

Mod. SAMS - 3.01.01.00066