

**RELATÓRIO CLÍNICO**

(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. Natureza da situação clínica:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Data de início da doença e diagnóstico:**

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Evolução da doença:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Outras doenças:**SIM  NÃO 

Em caso afirmativo, descreva-as

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Exames complementares:**

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

**6. Estado actual:**

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

**- Grau de limitação Mental (orientação no espaço e no tempo)** .....

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

**- Grau de limitação Física (visão, audição, linguagem, movimentos, esfínteres)** .....

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

**7. Terapêutica a realizar:**

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

**8. Previsão do grau de recuperação (e, em caso de necessidade de internamento, instituição adequada e previsível duração):**

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

**9. Outras observações que julgar convenientes:**

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

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

Assinatura .....

Nome (completo) do Médico .....

Especialidade .....

Cédula Prof. Ordem dos Médicos N.º .....

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.