

## Carimbo e Vinheta do Médico

## REGISTO DE ENTRADA

### Beneficiário

Nº de 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, comunicação, mobilidade, controlo de esfíncteres)**

---

---

---

---

**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:**

---

---

---

---

Nome completo do Médico \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_ Cédula Profissional das Ordem dos Médicos N° \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_