Nome do Doente :

Idade: Meses __; Anos __:
Tempo de Gravidez ____:

Comunidade
Transferido/a:

Nome do ACS/APE:

Motivo transferência:

Assinatura

Data:

Nome do Doente :

Idade: Meses __; Anos __:
Tempo de Gravidez ____:

Comunidade
Transferido/a:

Nome do ACS/APE:

Motivo transferência:

Assinatura

Data:

Motivo da Transferência

1. Problema no umbigo

2. Problema nos olhos

3. Pés inchados

4. PB<11,5 cm

5. Febre

6. Problema no ouvido

7. Diarreia

8. Tosse grave

9. Doente Crónico

10. Falta de vacina

11. Falta de vitamina A

12. Outro controlo

13. CPN/CPP

14. Sinal de perigo na gravidez

15. Parto na maternidade

16. Consulta de PF

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Observações da Unidade Sanitária

Diagnóstico

Tratamento