

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO ESTIMULAÇÃO PRECOCE

| | |
|---|---------------------|
| Serviço: | Telefone: () |
| Município: | RS: |
| Nome do(a) paciente: | Data de nascimento: |
| Nome da mãe: | |
| Data da 1ª consulta com o(a) paciente: | |
| Diagnóstico do(a) paciente (CID): | |
| Confirmação de infecção congênita (STORCH+Z): () Sim () Não | |
| Unidade de Saúde do paciente: | |
| Telefone: | |
| Profissional de referência para contato: | |
| Profissionais que realizam o acompanhamento do(a) paciente: | |
| Plano de Tratamento Estimulação Precoce | |
| Frequência semanal de atendimento por profissional: | |
| Fisioterapeuta: | |
| Psicólogo: | |
| Terapeuta Ocupacional: | |
| Fonoaudiólogo: | |
| Outro, qual: | |
| Número de comparecimentos do paciente: | Número de faltas: |
| Busca ativa realizada frente às faltas: () Sim () Não | |
| Descrição da evolução do(a) paciente no último mês: | |
| Data: ___ / ___ / _____ Profissional que preencheu relatório: | |