

## 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:	
<b>Plano de Tratamento Estimulação Precoce</b>	
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:	