



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE

ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL AZAMBUJA SUSPEITA/CONFIRMADO DE DENGUE

Nome: _____

DN: ____/____/____

Idade: _____

Dados Clínicos: _____

Início Dos Sintomas: _____

Comordidades: SIM ()
NÃO ()

Prova do laço: POSITIVO ()
NEGATIVO ()

DIRIGIR-SE AO HOSPITAL AZAMBUJA PARA AVALIAÇÃO

- O PACIENTE DEVERÁ LEVAR EM MÃOS:
- CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUSPEITO DE DENGUE
- ESTE ENCAMINHAMENTO ASSINADO PELO MÉDICO E /OU ENFERMEIRO
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE

NÚMERO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO: _____

- TODO PACIENTE SUSPEITO DE DENGUE DEVERÁ SER NOTIFICADO.
- A RESPONSABILIDADE DA NOTIFICAÇÃO É DA UNIDADE DE SAÚDE QUE ESTÁ ENCAMINHANDO.
- A NOTIFICAÇÃO DEVERÁ SER ENTREGUE NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

____/____/2022

Carimbo e assinatura do profissional solicitante



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE

ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL AZAMBUJA SUSPEITA/CONFIRMADO DE DENGUE

Nome: _____

DN: ____/____/____

Idade: _____

Dados Clínicos: _____

Início Dos Sintomas: _____

Comordidades: SIM ()
NÃO ()

Prova do laço: POSITIVO ()
NEGATIVO ()

DIRIGIR-SE AO HOSPITAL AZAMBUJA PARA AVALIAÇÃO

- O PACIENTE DEVERÁ LEVAR EM MÃOS:
- CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUSPEITO DE DENGUE
- ESTE ENCAMINHAMENTO ASSINADO PELO MÉDICO E /OU ENFERMEIRO
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE

NÚMERO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO: _____

- TODO PACIENTE SUSPEITO DE DENGUE DEVERÁ SER NOTIFICADO.
- A RESPONSABILIDADE DA NOTIFICAÇÃO É DA UNIDADE DE SAÚDE QUE ESTÁ ENCAMINHANDO.
- A NOTIFICAÇÃO DEVERÁ SER ENTREGUE NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

____/____/2022

Carimbo e assinatura do profissional solicitante