



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Saúde

AMBULATÓRIO DE FERIDAS CRÔNICAS COMPLEXAS

REFERÊNCIA

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade de Referência: _____ Data do Encaminhamento: ____/____/____

E-mail: _____ Telefone: _____/_____

Profissional Solicitante: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ DN: ____/____/____

CNS/CPF: _____ Telefone: _____ FF: _____

3. HISTÓRIA CLÍNICA

Doenças associadas: _____

Medicações em uso: _____

Alergias: _____

Histórico de lesão: _____

4. TIPO DE FERIDA

Lesão por pressão

Lesão traumática

Deiscência

Pé diabético

Lesão venosa

Lesão arterial

Lesão tumoral

Outros: _____

5. LOCALIZAÇÃO:

6. CARACTERÍSTICAS DA FERIDA ATUAL

Descrição da ferida: _____

Tratamentos realizados: _____

Exames realizados: _____

7. OBSERVAÇÕES
