

PACIENTE: _____

RESPONSÁVEL/TUTOR: _____

DATA: _____	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ESPÉCIE: _____	IDADE: _____ RAÇA: _____
"Paciente foi atendido no dia ____/____ aproximadamente às ____:____ hs; com histórico de: _____.	
Exame físico	
FC: _____	FR: _____ TR: _____
MUCOSA: _____	HIDRATAÇÃO: _____ PALPAÇÃO ABDM: _____
DEMAIS ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO: _____	
_____."	

Encaminho o paciente acima para:

<input type="checkbox"/>	Atendimento emergencial – Cirurgias e atendimentos de emergência - PRONTO SOCORRO 24h
<input type="checkbox"/>	Consulta Dra Thaís Pitelli – ORTOPEDIA e Cirurgias complexas - Somente horário agendado
<input type="checkbox"/>	Avaliação pré-anestésica – Castração eletiva / Profilaxia dentária / CIRURGIA GERAL Agendado ou ordem de chegada (seg a sexta: 08 às 22h/ SAb, dom e feriados: 08 às 18h)
<input type="checkbox"/>	Admissão para INTERNAÇÃO – INTESIVISMO 24 horas

Procedimentos / Medicações realizados:	
Exames realizados (se possível informar/anexar resultados)	
Co-morbidades/ Alergias	
Diagnóstico (suspeita)	

Encaminhamento para cuidados que julgarem necessários, estando a disposição para informações.

Telefone de contato do Médico Veterinário para receber informações do paciente:

* Pacientes que passaram por cirurgia ortopédica ou complexas, devem retornar até a alta do cirurgião.

ATENÇÃO

O encaminhamento é válido APENAS PARA PACIENTES QUE PASSARAM POR CONSULTA PRÉVIA com o Veterinário responsável pelo encaminhamento.
VALIDADE DO ENCAMINHAMENTO: 15 DIAS.

Carimbo e assinatura do médico veterinário responsável pelo encaminhamento