**ANEXO K**

**FORMULÁRIO PARA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

|  |
| --- |
| CLÍNICA SOLICITANTE |
| NOME DO PACIENTE |
| SIAPE TITULAR | DATA DE NASCIMENTO\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DIAGNÓSTICO | DATA DO DIAGNÓSTICO\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| TRS ATUAL | DATA DE INÍCIO DO TRS\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **RELATÓRIO MÉDICO** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TRS SOLICITADO (CÓD TUSS)** | **FREQUÊNCIA (MENSAL)** | **NÚMERO DE SESSÕES** | **MÊS/ANO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAÇÃO** | **POSOLOGIA** | **TOTAL (AMP/FRA)****AMPOLAS/FRASCOS** | **MÊS/ANO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo (CRM) médico assistente