

	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Formulário de Contrarreferência da Atenção Secundária e Terciária em GINECOLOGIA para a Atenção Secundária e Primária
<p>NOME: _____ D.NASCIMENTO: ____/____/____ No. SES: _____ No. CNS: _____</p>	
Diagnóstico:	
Conteúdo descritivo (conforme os critérios de encaminhamento de cada patologia):	
Tratamento proposto para o caso:	
Frequência indicada das próximas consultas na ATENÇÃO PRIMÁRIA:	
Orientações do especialista para seguimento na atenção primária:	
Data: ____/____/____ Médico: _____	

Anexo 1. Formulário de referência e contrarreferência do atendimento especializado em Ginecologia dos níveis terciário e secundário para o primário e/ou secundário.