Ministério da Saúde **FIOCRUZ** **Fundação Oswaldo Cruz**	**SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE CONSULTA**	ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA ENSP

Dados da instituição de saúde (unidade que encaminha o paciente)

Nome:		
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	Telefones:	

Dados do paciente

Nome:		
Nome da mãe:		
Data de nascimento:	CNS:	SINAN:
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	Telefones:	

Motivo do encaminhamento:

( ) tuberculose resistente
( ) avaliação de falência terapêutica
( ) micobacteriose não TB (pelo menos duas culturas positivas + identificação)

Data do início do tratamento vigente:

Esquema que está utilizando: RIPE _____

Resultados de exames bacteriológicos:

Exames	Resultados											Data da amostra
	R	**H**	**Z**	**E**	**S**	**Et**	**Am**	**Km**	**Cm**	**Ofx**	**Lfx**	

História terapêutica para tuberculose:

Estrada de Curicica, 2000 – Curicica/Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ CEP 22.780-194
Telefones: Ambulatório (21) 2448-6816/6817; Farmácia (21) 2448-6935
E-mail: ambulatorioapgg@gmail.com

mês/ano do início do ttº	medicamentos utilizados (marcar “X”)												resultado do ttº
	R	H	Z	E	Et	S	Am	Ofx	Lfx	Trd	Cfz	outros	

Informações complementares

A paciente com dificuldade de aceitação da medicação sim ou não:
Teste Rápido de HIV, Sífilis e Hepatite B e C :

Unidade de saúde que realizará o TDO:

Nome:
Enfermeira:
Telefones:21

O usuário possui cartão de transporte para fins de tratamento?
( ) sim ( ) não → Favor providenciar.

Dados do responsável pelo preenchimento

Nome:	
Categoria profissional:Enfermeira	
Telefone:	Celular:
E-mail:	
Carimbo e assinatura:	Data: __/_/_2023____

Observações:

CÓDIGO:	REVISÃO	PÁGINA
CRPHF-APGG-GQA-FORM-29	00	2/3

1- **Não encaminhar pacientes sem agendamento prévio**. Para agendar a consulta, utilize os seguintes meios: **Telefone**: 21- 2448-6816 / 21-2448-6817 **Fax**: 21- 2448-6819 E-mail: ambulatorioapgg@gmail.com

2- Para a primeira consulta, o paciente deverá trazer **documento de identidade com foto** e os seguintes resultados dos exames complementares: baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade, radiografia atual, teste para HIV e outros. Encaminhar os resultados em anexo a este formulário.

3- Solicitamos que o paciente venha com **acompanhante**.

4- **Não encaminhar pacientes com risco de morte ou para procedimentos cirúrgicos.** Esses casos deverão ser encaminhados aos hospitais com emergência ou para hospitais especializados, com o devido contato prévio. **Não dispomos de emergência, leitos para repouso ou internação nem equipe cirúrgica.**

Estrada de Curicica, 2000 – Curicica/Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ CEP 22.780-194
Telefones: Ambulatório (21) 2448-6816/6817; Farmácia (21) 2448-6935
E-mail: ambulatorioapgg@gmail.com