



Secretária Municipal de Saúde de Medianeira – Pr. Setor de Regulação – TFD.

Formulário de solicitação de TFD e orientações quanto ao preenchimento.

- 1) O Formulário de solicitação de TFD deve ser preenchido de maneira **LEGÍVEL** e **COMPLETA**, (se possível digitado) pelo médico (a) do SUS do Estado do Paraná.
- 2) O TFD deve possuir **carimbo legível do médico responsável** e o local e data deve estar preenchido nos campos reservados para estas informações.
- 3) O preenchimento deve ser realizado de acordo com o campo de competência.
- 4) Além da história clínica, **CID, exame físico e complementar**, diagnóstico provável e solicitação (tratamento/exame indicado) o TFD deverá conter informações básicas referentes a identificação do paciente, nome completo, nome da mãe, documento de identificação, data de nascimento, endereço e telefone atualizado.
- 5) Encaminhar cópias dos documentos pessoais (RG, Certidão nascimento, CPF, Cartão SUS) e comprovante de residência recente anexo ao formulário.
- 6) Caso não haja comprovante de residência no nome do paciente, anexar declaração simples da Secretaria Municipal de Saúde que comprove residência, com carimbo e assinatura do responsável pela UBS.
- 7) Encaminhar **cópia de laudos e resultados de exames** compatíveis com o quadro clínico e histórico de atendimentos anteriores, se houver.
- 8) A data para protocolar a solicitação de TFD para análise na Regional de Saúde não deve ser superior a 30 (trinta) dias.
- 9) As solicitações de TFD que devem ser encaminhadas a esta Regional de Saúde são situações apenas de **caráter eletivo**, não havendo, portanto, solicitação de TFD de urgência e emergência. **Casos caracterizados em situação de urgência e emergência devem ser encaminhados via central de leitos.**

Diante do exposto, informamos que o não cumprimento das orientações apresentadas acarretará na devolução do TFD ao município.

Solicitamos que as orientações acima descritas sejam repassadas às equipes da Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada.

Atenciosamente,

Departamento de Regulação - TFD

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - 9ª Regional de Saúde

SCRACA – Seção de Regulação, Auditoria, Controle e Avaliação

Rua Minas Gerais, esq. com Rio de Janeiro, nº 2350 – Centro
Medianeira -Pr

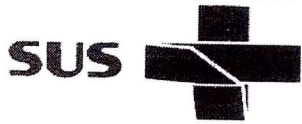
Telefone: (45) 3264-8677 - Ramal 2068.

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REFERÊNCIA

P A C I E N T E	Nome:	F. Familiar (geral):	
		Idade:	Sexo:
		Fone:	
D E P A R A	Unidade de saúde:	Data:	
	Nome e Nº do CRM do Profissional:	Data da Consulta:	
	Especialidade:	Hora:	
	Nome do Profissional:		
	Local de Encaminhamento:		
	História Clínica (Dirigida a Causa do Encaminhamento):		
	Exame Físico:		
	Resultado de exames complementares já realizados (com causa):		
	Impressão Diagnosticada:		
	Terapêutica já utilizada (com posologia):		
	Solicitação:		



SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria do Estado da Saúde
Instituto de Saúde do Paraná

**SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO -
TFD**

Nome do Paciente:		Documento de Identidade:
Residência:		
Profissão:		Data de Nascimento:
Nome do Acompanhante:		Documento de Identidade:
Residência:		Relação com o paciente:

1. Histórico da doença atual:	
2. Exame Físico:	
3. Doença:	CID:
4. Exame(s) complementar(es) realizado(s). Anexar cópia(s):	
5. Tratamento(s) utilizado(s):	
6. Tratamento/ Exame indicado:	
7. Duração provável do tratamento:	