

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS

Centro Integrado de Reabilitação - CEIR

PACIENTE PARA AVALIAÇÃO INICIAL

Paciente			
Nascimento: ___/___/_____	Idade: _____	Convênio: () Sim () Não	Qual: _____
RG: _____	CPF: _____	CNS: _____	Estado Civil: _____
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	CEP: _____	Fones: _____
Nome da Mãe: _____			
Diagnóstico Primário: _____		Diagnóstico Associados: _____	
Data de início da doença atual: ___/___/_____	Local de tratamento inicial da doença (cidade e instituição de saúde): _____		
Tratamento de reabilitação já realizado? Não () Sim ()	Data de início da Reabilitação Mês: ____ Ano: _____	Duração do tratamento de Reabilitação: Anos () Meses ()	Local da Reabilitação (instituição e cidade)
Deficiências Associadas:			
Mental () Não () Sim > () leve () moderada () severa Visual () Não () Sim > () baixa visão () cegueira Auditiva () Não () Sim			
Atualmente faz controles médicos periódicos? () Não () Sim		Local: _____	
Estuda? () Não () Sim		Trabalha? () Não () Sim	
Ensino Regular () Escola Especial ()		Onde?	
Histórico da Doença Atual		Análise do Relatório	
_____ Médico (Assinatura/ CRM / Data / Local)		_____ Médico (Assinatura / CRM / Data)	

OBS.: ANEXAR OS EXAMES COMPLEMENTARES

FPAI - 04/2008

AOS CUIDADOS DE:

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS

CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

Avenida Higino Cunha, Nº 1515, Bairro Ilhotas

CEP 64.014-220

Teresina-Piauí