

Assunto: Relatório Solicitação Consulta Especialista

Área Responsável: Área Médica

Versão: 01

Relatório Veterinário para Solicitações de Consulta Especialista:

DADOS DO(A) PET

Nome do(a) Pet		Matrícula	Espécie
Raça	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade	Peso
Planos <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/> Essencial <input type="checkbox"/> Completo			
Nome completo do tutor(a)			
Veterinário(a) solicitante		CRMV	Unidade Solicitante
Especialidade solicitada			
Observação:			

Suspeita clínica (doença)	Início	Região da alteração
---------------------------	--------	---------------------

Histórico

*Caso o paciente precise de acompanhamento contínuo com especialista, é necessário informar o tratamento que está sendo realizado e se necessário, podem ser solicitado os exames complementares.

Tratamento anterior e tempo de tratamento:

Exames complementares realizados:

Anamnese		
Sistema Cardio Respiratório	Cansaço Fácil	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Intolerância ao Exercício	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Secreção Nasocular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Tosse	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Cianose	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Espirros	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Obs.:	

Sistema Genito urinário	Ingestão de Água	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Normal
	Urina - Produção	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Normal
	Coloração Alterada Qual a alteração:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Cio Qual a alteração e início:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Secreção Genital Qual o tipo da secreção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Obs.:	

Sistema Digestório	Fezes Alterada Qual a alteração:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Êmese Qual a frequência:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Hálito Alterado Obs.:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Apetite Obs.:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Perda de peso Obs.:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Tipo de alimentação:	
	Vacinação em dia Data da última vacinação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vermifugação em dia Data da última vermifugação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Obs.:	

Sistema Locomotor e Neurológico	<input type="checkbox"/> Deambulação <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Convulsão Início: _____ Tempo de Duração: _____ Frequência: _____	
	Contactantes Quais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Alguma Doença Anterior? Quais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Tratamento Anterior:	
	Exames Realizados:	
	Obs.:	

Exame Físico	Estado Geral:
	Postura:
	Padrão Respiratório:
	Pulso:
	Mucosas:
	Temperatura:
	Hidratação:
	Linfonodos:
	ACP:
	TPC:
	Palpação Abdominal:
	Pele:
	Cavidade Oral:
	Orelhas:
	Sistema Locomotor:
	Olhos:
Outros:	
Obs.:	

Caráter da solicitação

Urgência Emergência Eletivo

****SE URGENTE OU EMERGENTE JUSTIFIQUE O MOTIVO:**

Atenciosamente,

Local e Data

Carimbo e Assinatura

PORTO PET ADMINISTRAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE ANIMAL S.A.

CNPJ: 20.001.161/0001-07 sediada na Rua Guaianases, nº 1238, 1º andar, Lado A, Campos Elíseos, São Paulo/SP

Gestão de Relacionamento com Corretor - Email: liberacao.pet@petlove.com.br

Dúvidas: 3878-4000 (São Paulo) | 4001-4000 (demais localidades)