



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE**  
DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA GERCON:  
CAMPOS OBRIGATÓRIOS



**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:**

NOME DO USUÁRIO: \_\_\_\_\_  
NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
CNS: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DE REFERÊNCIA:**

UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ TELEFONE UNIDADE: \_\_\_\_\_  
CNES: \_\_\_\_\_ PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_  
ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_  
DATA DE CONSULTA NA UNIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA:**

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ COMPLEXIDADE: \_\_\_\_\_  
DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CID PRINCIPAL\*: \_\_\_\_\_ CID SECUNDÁRIO 1 : \_\_\_\_\_  
CID SECUNDÁRIO 2: \_\_\_\_\_ CID SECUNDÁRIO 3: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:**

**\*OBS: EM CASO DE LETRA ILEGÍVEL A MESMA SERÁ DEVOLVIDA AO MÉDICO SOLICITANTE.**

**QUESTIONÁRIO DE SOMATÓRIO DE PONTOS PARA SOLICITAÇÃO DE CONSULTA NO  
GERCON: (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

CRITÉRIO	RESPOSTAS		PONTOS
<b>RISCO IMINENTE DE PERDA DE FUNÇÃO DE ÓRGÃO OU SEQUELA PERMANENTE</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	1000
<i>SEQUELA NEUROLÓGICA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	1000
<i>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>CEGUEIRA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>OBSTRUÇÃO OU PERFURAÇÃO INTESTINAL</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>INSUFICIÊNCIA RENAL</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>RISCO DE AMPUTAÇÃO OU PERDA FUNCIONAL DE MEMBROS</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>SURDEZ</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<b>SUSPEITA DE DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA ATUAL</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	1000
<b>PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	500
<b>RISCO DE AUTO OU HETERO AGRESSÃO</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	500
<b>IMUNOCOMPROMETIDO</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	500
<b>RISCO HEMORRÁGICO OU SANGRAMENTO ATUAL</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	500
<i>ETERORRAGIA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>METRORRAGIA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>HEMATÚRIA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>OTORRAGIA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>EPISTATAXE</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>HEMOPTISE</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>MELENA</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<i>HEMATÊMESE</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<b>DOR REFRACTÁRIA OU INCAPACITENTE</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	250
<b>INFECÇÃO ATUAL</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	250
<b>RISCO DE PERDA SÚBITA DE CONSCIÊNCIA</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	250
<b>IDOSO &gt;80 ANOS</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	100
<b>ATENDIMENTO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA OU INTERNAÇÃO PELO PROBLEMA ATUAL NOS ÚLTIMOS 30 DIAS</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	100
<b>GESTANTE</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	100
<b>CRIANÇA &lt; 1 ANO</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	100
<b>TOTAL</b>			

\_\_\_\_\_  
MÉDICO PROFISSIONAL SOLICITANTE-CRM

\_\_\_\_\_  
CNS/CPF MÉDICO SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA PACIENTE