CAMPO 7 – DECLARAÇÃO

Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras. Estou ciente do planejamento estabelecido, e concordo com a execução do mesmo

_____, _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do usuário ou responsável

CAMPO 8 – ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADE DE DOENÇA

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

DATA	OBSERVAÇÕES
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	

CAMPO 9 – TRATAMENTO REALIZADO

Este campo deve ser preenchido pelo CD e THD.

DATA	DENTE(s)	PROCEDIMENTOS REALIZADOS (se possível com códigos SIA / SUS)	ASS.CD/THD
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			

( ) Tratamento completado em atenção básica. Data: _____/_____/_____.

CAMPO 10 – NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano Cuidado (contra-referência)
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	