

**PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) / RELATÓRIO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA /  
COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO PARA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

<b>NOME SOCIAL:</b>		
<b>NOME:</b>		
<b>PRONTUÁRIO:</b>	<b>DN:</b>	<b>IDADE:</b>
<b>NOME DA MÃE:</b>		
<b>CENTRO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA:</b>		
<b>MUNICÍPIO DE ORIGEM:</b>		

<b>1. LINHA DE CUIDADO:</b> <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM1 <input type="checkbox"/> DM2 <input type="checkbox"/> CRIANÇA DE RISCO <input type="checkbox"/> PNAR  <input type="checkbox"/> PROPEDEÚTICA DE COLO UTERINO <input type="checkbox"/> PROPEDEÚTICA DE CÂNCER DE MAMA
---

<b>2. HISTÓRICO</b> (Síntese da história clínica, dados relevantes do exame físico, comorbidades, medicamentos em uso):  _____ _____ _____ _____ _____ _____
---

<b>3. EXAMES REALIZADOS</b> (Nome do exame e data):  _____ _____ _____ _____
---

<b>4. RESULTADOS:</b>  _____ _____ _____ _____
---

**5. CONCLUSÃO** (Síntese dos problemas com a impressão pessoal, status funcional e parâmetros clínicos desejados):

---

---

---

---

**6. PLANO DE CUIDADOS SUGERIDO** (Indicação geral, ex: paciente deverá ser avaliado...):

---

---

---

---

**7. EXAMES A SEREM SOLICITADOS NA APS?**    ( ) SIM    ( ) NÃO

QUAIS? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. RETORNO NA ESPECIALIDADE?**    ( ) SIM    ( ) NÃO

QUANDO? \_\_\_\_\_

**9. RETORNAR ANTES DA DATA MARCADA, SE:**

---

---

---

**10.**

**DATA DA ALTA:**    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO