



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 - FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9014 - FAX +55 (48) 3721-9014
www.gastro.hu.ufsc.br - gastro.hu@uol.com.br

CARTA DE CONTRA REFERÊNCIA

Nome: _____

Prontuário: _____ Data nasc.: _____

O(a) paciente acima citado(a) está sendo **CONTRA REFERENCIADO** para voltar à **Atenção Primária à Saúde (APS)** por motivo de:

- Melhora clínica
- Estabilidade do quadro
- Caso clínico com possibilidade de acompanhar em APS

Os seguintes **DIAGNÓSTICOS** estão sendo (foram) acompanhados no ambulatório de GASTROENTEROLOGIA & HEPATOLOGIA HU/UFSC:

Os seguintes **TRATAMENTOS** foram iniciados no Hospital Universitário:

Para **MONITORAMENTO** destes diagnósticos, o paciente:

- necessita retornar _____ vezes por ano ao HU.
- não necessita retornar ao HU continuamente (Pode acompanhar em APS)

Na APS, sugerimos que sejam programadas as seguintes ações para este paciente:

Qualquer dúvida médica ou intercorrência com o paciente, atendemos **teleconsultoria** em Gastroenterologia e Hepatologia no Telessaúde <https://telemedicina.saude.sc.gov.br/rctm>

DATA : ____/____/____

CARIMBO e ASSINATURA MÉDICO