GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE VITÓRIA
PROGRAMA ATENÇÃO AOS OSTOMIZADOS

LAUDO MÉDICO PARA OSTOMIZADOS

1. Dados Pessoais:

Nome

Nº

Data Nascimento

_____ / _____ / _____

Ocupação

Escolaridade: ☐ Analfabeto ☐ 1º grau incompleto ☐ 1º grau completo ☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo ☐ 3º grau

Estado Civil:

☐ Solteiro ☐ Casado/Amasiado ☐ Viúvo ☐ Separado/Divorciado

Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Negra ☐ outros

2. Endereço:

Rua/Av.

Bairro

Município

Cep.;

Tel.:

3. Diagnóstico Médico: _____

_____

C.I.D.:

Procedimento Cirúrgico Realizado:

Data: _____ / _____ / _____

Hospital:

Tipo de Ostomia:

☐ Colostomia ☐ Urostomia

☐ Ileostomia ☐ Fístula

Duração:

☐ Definitiva

☐ Indefinida

☐ Temporária _____

(Período)

Diâmetro do Ostoma:

Localização:

4. Dados Médicos:

Nome do Médico: _____

Endereço (Rua/Av.): _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____

Estado; _____ **Telefone:** _____

CRM: _____ **Data:** _____ / _____ / _____

Assinatura e carimbo

Setor de Ostomizados do Centro Regional de Especialidades de Vitória

Telefone: (27) 3381-3309 / Telefax: (27) 3381-3300