QUALI CIS QUALIFICAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

AME PARANÁ AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

ANEXO 6 - Matriciamento

LINHA DE CUIDADO xxxxxxxxxxx - xxª
REGIÃO DE SAÚDE

Nome completo	Cartão SUS	Data de Nascimento	Idade	UBS de origem	Bairro	Estratificação de risco	Outros diagnósticos/ problemas	Data da consulta na AAE	Data de encaminhamento para a AAE

*Checklist** completo?	Especificar documentação pedente	Estratificação adequada (APS)?Se não, justifique	Elaborado Plano de Cuidados Interdisciplinar na AAE?	Continuidade dos cuidados na AAE?	Data da próxima consulta na AAE?	Plano de Cuidados (PC) encaminhado à APS?	Especificar meio de envio (e-mail, físico...)	Data de envio do PC	Nome de quem recebeu o PC na APS?