

---

**S.R. DA SAÚDE**  
**Despacho n.º 1640/2015 de 29 de Julho de 2015**

---

A Portaria n.º 28/2015, de 9 de março estabeleceu o Regulamento de Deslocação de Doentes do Serviço Regional de Saúde.

Considerando que o normativo em apreço prevê a necessidade da informação clínica do doente o acompanhar nas suas deslocações entre as unidades de saúde da Região;

Considerando a necessidade de aprovar o modelo de pedido de consulta e informação clínica de retorno para que seja possível a uniformização de procedimentos nas diversas unidades de saúde regionais;

Assim, ao abrigo do disposto nas alíneas *a)* e *h)* do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e na alínea *a)* do n.º 1 do artigo 3.º da orgânica da Secretaria Regional da Saúde, aprovada pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2013/A, de 21 de junho e da Portaria n.º 28/2015, de 9 de março, determino o seguinte:

1. Aprovar o modelo de pedido de consulta e informação clínica de retorno que constitui anexo a este despacho e dele faz parte integrante.

2. O presente despacho produz efeitos a 1 de agosto de 2015.

10 de julho de 2015. - O Secretário Regional da Saúde, *Luís Mendes Cabral*.

**Anexo**



# SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DOS AÇORES

## Pedido de consulta e Informação clínica de retorno

Inserir  
logotipo da  
unidade de  
saúde

IDENTIFICAÇÃO		
Nome	_____	Data nascimento _____ Idade _____
CC	_____	NIF _____ N° utente _____ N° processo _____
Subsistema/Seguro	_____	N° de beneficiário/Apólice _____
Morada	_____	Código Postal _____ - _____
Localidade	_____ Ilha _____	Contactos _____
ORIGEM DO PEDIDO		
Data	____/____/____	Instituição _____ Especialidade _____
CONSULTA PEDIDA		
Especialidade	Instituição _____	
INFORMAÇÃO CLÍNICA QUE FUNDAMENTA O PEDIDO		
EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO		
Análises	Data ____/____/____	Obs. _____
RX	Data ____/____/____	Obs. _____
	Data ____/____/____	Obs. _____
	Data ____/____/____	Obs. _____
MÉDICO REQUISITANTE		
Médico	N° Ordem Médicos _____	Contato _____
TRIAGEM DO PEDIDO		
<b>ACEITE</b>		<b>RECUSADO</b>
Prioridade 1 - Consulta muito prioritária		Fundamentação insuficiente
Prioridade 2 - Consulta prioritária		Fora do âmbito da especialidade
Prioridade 3 - Consulta não prioritária		Outro (especificar) _____
MCDT's E DOCUMENTOS A TRAZER NO DIA DA CONSULTA		
1. _____		4. _____
2. _____		5. _____
3. _____		6. _____
OBSERVAÇÕES		
MÉDICO TRIADOR		
Data ____/____/____	Médico _____	N° Ordem Médicos _____
AGENDAMENTO DA CONSULTA		
Data ____/____/____	Hora _____	Médico _____

SADD (Continente)  
9XX XXX XXX

Inserir nome e contato da unidade de saúde origem

Linha Saúde Açores  
808 24 60 24

