

RELATÓRIO CLÍNICO PARA TRATAMENTO HIDRO-TERMAL

NOME _____ Idade _____ anos

Beneficiário Nº

--	--	--	--	--	--	--	--

Principais sintomas apresentados _____

Resumo do exame clínico: _____

Resultados dos exames de diagnóstico: _____

Diagnóstico provável: _____

Indicação das Termas aconselhadas e duração provável do tratamento: _____

Já fez tratamento Hidro-Termal? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo indicar as Termas frequentadas e se fez tratamento no ano anterior: _____

O Médico

Data ____/____/____ (nome legível) _____

A preencher pelo Beneficiário

(O número de beneficiário no relatório acima citado, será sempre do Subsistema de Saúde)

Tratamento Hidro-Termal em _____

NOME _____ Benef. SAMS Nº

--	--	--	--	--	--	--	--

Número de beneficiário do Subsistema de Saúde _____

Bilhete de Identidade Nº

--	--	--	--	--	--	--	--

 Arquivo de _____ Data ____/____/____

Em face do Relatório Clínico apresentado, somos de parecer:

A Direcção Clínica

DESPACHO DO CONSELHO DE GERÊNCIA

Compartilhe-se ☐

Não se compartilhe ☐

N.B. – Este Relatório deverá dar entrada nos serviços, 30 dias antes do início do tratamento Hidro-termal, declinando os SAMS qualquer responsabilidade pela não atribuição de participação, caso aquele prazo não seja cumprido.