

5. Exames complementares:

---

---

---

---

6. Estado atual:

---

---

---

---

– Grau de limitação mental (orientação no espaço e no tempo):

---

---

---

---

– Grau de limitação física (visão, audição, comunicação, mobilidade, controlo de esfíncteres)

---

---

---

---

7. Terapêutica a realizar:

---

---

---

---

8. Previsão do grau de recuperação (e, em caso de necessidade de internamento, instituição adequada e previsível duração)

---

---

---

---

9. Outras observações que julgar convenientes:

---

---

---

Nome completo do Médico \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_ Cédula Profissional da Ordem dos Médicos N° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

No SBN, a proteção e a segurança dos dados pessoais são uma das nossas prioridades. Recolhemos e procedemos aos demais tratamentos dos seus dados recolhidos neste formulário na estrita medida do necessário, com a finalidade exposta e identificada no topo deste formulário. Não partilhamos as suas informações com terceiros, exceto nas situações pontualmente previstas na lei. Para mais informações sobre como os seus dados são tratados, consulte a nossa Política de Privacidade.

## Carimbo e Vinheta do Médico

## REGISTO DE ENTRADA

### Beneficiário

Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

### Relatório Clínico

(para análise dos serviços clínicos internos do SAMS SBN)

1. Natureza da situação clínica:

---

---

---

---

2. Data de início da doença e diagnóstico:

---

---

---

---

3. Evolução da doença:

---

---

---

---

4. Outras doenças:  Sim  Não

Em caso afirmativo descreva-as:

---

---

---

---