

Credencial PIPCO-RAM

Consulta Diagnóstico

A preencher pelo Médico Referenciador	Origem da Referência: Médico MGF / Estomatologista _____ <input type="checkbox"/> Médico Dentista Não Aderente _____ <input type="checkbox"/> Médico Dentista Aderente PIPCO-RAM _____ <input type="checkbox"/>	Grupo de Risco: Sim ____ Não ____ (Idade => 40 anos, fumador e hábitos alcoólicos) Crítérios Clínicos de suspeita de malignidade: Sim ____ Não ____
	Identificação do Utente: Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino ____ Feminino ____ N.º de Utente: _____ Subsistema: _____ Outro: _____	
A preencher pelo Médico Dentista Aderente	Médico Referenciador: _____ N.º Cédula _____ Profissional: _____ Local de Referência: _____	Assinatura Médico Referenciador: _____ Data da Referência: ____/____/____ <div style="text-align: right; font-size: small;">Carimbo do Local de Prestação</div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1ª Consulta de Diagnóstico: ____/____/____ Realização de Biopsia: Sim ____ Não ____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2ª Consulta de Diagnóstico: ____/____/____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Assinatura do Utente: _____ Assinatura do Médico Aderente: _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Nº de Cédula OMD _____</div> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <div style="font-size: small;">Carimbo do Local de Prestação</div> Data: ____/____/____ </div> </div>	