

RELATÓRIO MÉDICO - OPINIÃO ESPECIALIZADA

Nome do paciente:

CPF:

Data do atendimento:

Município de origem:

Nome do Médico da APS participante do atendimento:

CRM:

Especialidade solicitada:

Instituição ofertante:

Nome do Teleconsultor

CRM:

RQE:

Modalidade de atendimento:

Teleinterconsulta

Teleconsultoria assíncrona

História Clínica / Recomendações:

CID-10 principal:

Assinatura do teleconsultor:

Nota de responsabilidade profissional:

Este parecer foi produzido com base em informações clínicas fornecidas pelo médico solicitante, pressupondo-se a veracidade e a completude dos dados apresentados, bem como a clareza na comunicação entre as partes, no contexto de teleinterconsulta ou teleconsultoria assíncrona. Não houve exame físico direto do paciente por parte do teleconsultor. Na persistência ou agravamento do quadro clínico, recomenda-se nova avaliação médica, seja presencial ou por telemedicina. Situações de omissão de informações, interferência na comunicação ou falha de entendimento invalidam as recomendações deste documento. A responsabilidade pela condução clínica do caso permanece com o médico assistente.