



**SOLICITAÇÃO
PARA
ATENDIMENTO POR
MÉDICO PLANTONISTA**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____
PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

SOLICITAÇÃO PARA ATENDIMENTO POR MÉDICO PLANTONISTA

Eu, paciente acima identificada, solicito o atendimento por um médico plantonista da Clínica Santa Helena.

Opção 1:

() A escolha por atendimento pelo plantonista é pessoal e voluntária, e entendo não ser necessário o contato com meu médico assistente.

Opção 2:

() Declaro que apesar de estar fazendo seguimento com meu médico assistente em consultório, o mesmo não pode prestar o meu atendimento neste momento, por um dos motivos explicitados abaixo. Deste modo, solicito o atendimento pelo médico plantonista, por entender ser urgente.

Motivo identificado pela equipe de enfermagem para não atendimento:

() foi tentado contato com o médico assistente e o mesmo não pode comparecer no momento solicitado;

() foi tentado contato com o médico assistente e o mesmo não foi localizado ou não pode atender a ligação;

() o médico assistente informou que poderia vir avaliar a paciente, mas o tempo para atendimento de uma paciente na urgência conforme classificação de risco foi superado.

Aracaju, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da paciente ou responsável

Assinatura da pessoa que tentou o contato com o médico assistente