**PEDIDO DE AVALIAÇÃO PELO SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO**

(PLANO DE CONTINGÊNCIA – ENVIAR POR CORREIO ELECTRÓNICO)

**Polo HSM:** [medicinafisica.secr@chln.min-saude.pt](medicinafisica.secr%40chln.min-saude.pt)

**Polo HPV:** [sara.isabelpinto@chln.min-saude.pt](sara.isabelpinto%40chln.min-saude.pt)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicita-se ao **Serviço de Medicina Física e de Reabilitação** avaliação médica do doente: Clique aqui para introduzir texto. **NSC**

internado no **Serviço de** Clique aqui para introduzir texto.

**Sala**  **Cama**  com o **diagnóstico de:**

Clique aqui para introduzir texto.

Clique aqui para introduzir texto.

**Motivo do Pedido:** Clique aqui para introduzir texto.

**Isolamento: SIM** [ ]

**OUTRAS INFORMAÇÕES:** Clique aqui para introduzir texto.

Previsão da Alta Hospitalar: Clique aqui para introduzir uma data.

Lisboa, Clique aqui para introduzir uma data.

 O Médico Clique aqui para introduzir texto.

 N.º Mec.º

 Clique aqui para introduzir texto.