



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB

Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS

Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde – DIREG

Comissão Estadual de Tratamento Fora de Domicílio – CETFD

Prezado (a) Doutor (a)

Solicitamos a gentileza de ler com atenção a seguintes orientações para preenchimento do Laudo Médico TFD/BA.

1. **O LM de TFD Interestadual deverá ser preenchido pelo médico ESPECIALISTA em unidade de referência SUS do Estado da Bahia;**
2. Preencher todos os campos com letra LEGÍVEL, sem abreviaturas e sem rasuras;
3. Informar o diagnóstico com respectivo CID-10;
4. Indicar o tratamento a ser realizado em outra localidade com objetividade;
5. **Justificar com clareza as razões que impossibilitam o tratamento médico a nível local (Estado da Bahia);**
6. Só indicar acompanhante em casos de real necessidade (*exceto para pacientes menores de idade ou maiores de 60 anos*);
7. Justificar com clareza a necessidade de acompanhante;
8. Recomendar apenas um meio de transporte a ser utilizado (AÉREO ou TERRESTRE);
9. Justificar com clareza o transporte indicado (apenas solicitar transporte AÉREO nos casos em que for imprescindível a realização do deslocamento por este tipo de transporte);
10. É extremamente importante o preenchimento completo dos campos:
 - Município e data do atendimento;
 - Assinatura e carimbo do médico assistente (ESPECIALISTA);
 - Assinatura e carimbo do Diretor/Chefia médico da unidade de origem;
 - Carimbo da unidade.

Observação:

Por determinação da SESAB, em cumprimento às diretrizes da Portaria SAS Nº 55/99 e do Manual Estadual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio, o Laudo Médico de TFD Interestadual deve ser preenchido rigorosamente de acordo com as orientações acima.

	GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	
	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO / DIREG / SUREGS	
	LAUDO MÉDICO TFD/BA - INTERESTADUAL	

PACIENTE		
*NOME		*CARTÃO NACIONAL SUS - CNS
*ENDEREÇO		
*TEL	*Nº DO RG	*DATA DE NASCIMENTO
UNIDADE SOLICITANTE		
*NOME		
*MEDICO SOLICITANTE		
*CRM	*ESPECIALIDADE	

*HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL	
EXAME FÍSICO	
*DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	*CID
EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) ANEXAR CÓPIAS	
*TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)	
*NOME DO TRATAMENTO / EXAME INDICADO	

LAUDO MÉDICO / TFD INTERESTADUAL

***JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NO ESTADO DA BAHIA**

***NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE**

- ☐ **SIM**
☐ **NÃO**

***JUSTIFICAR**

***TRANSPORTE OFERECIDO PREFERENCIALMENTE PELO TFD/BA (TERRESTRE)**

- ☐ **DE ACORDO**

***CASO SEJA NECESSÁRIO UTILIZAR TRANSPORTE (AÉREO), O MÉDICO ASSISTENTE DEVERÁ JUSTIFICAR DETALHADAMENTE O PEDIDO, COM BASE NO QUADRO CLÍNICO E ETIOLÓGICO DO PACIENTE**

OUTRAS OBSERVAÇÕES

_____, ____/____/____
*LOCAL E DATA

*MÉDICO ASSISTENTE - CRM
Carimbo c/ Especialidade e Assinatura

*CARIMBO DA UNIDADE

*DIRETOR / CHEFIA MÉDICO
Carimbo e Assinatura

PARA USO DA COMISSÃO ESTADUAL DE TFD/BA

- ☐ **DEFERIDO**
☐ **INDEFERIDO**

***JUSTIFICATIVA:**

*MÉDICO - CETFD/BA

***DATA DO PARECER MÉDICO TFD: ____/____/____**

***LAUDO VALIDO ATÉ: ____/____/____**