

ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

Nome do Examinado:			
Data de nascimento: _ / _ / _	CPF: _ - _ - _	Identidade: _ - _ - _	Sexo: _
Endereço: _____ _____			
CEP: _ - _ - _			

DOENÇAS INCAPACITANTES CATEGORIA: ESQUIZOFRENIA

1. Diagnóstico: _____

2. CID: _____
3. Resultado dos exames solicitados: _____

4. Resultados dos exames complementares: _____

5. Conduta terapêutica: _____

6. Prognóstico: _____

7. Indique as conseqüências à saúde do paciente: _____

8. O quadro apresentado é reversível? () Sim () Não. Caso positivo, qual o tempo estimado?

9. Grupo de doenças que se manifestam antes da puberdade e que se caracterizam pela dissociação específica das funções psíquicas. nos casos mais graves, a esquizofrenia pode resultar numa demência incurável.
10. Observações complementares: _____

Maceió/Al, ____ de _____ de _____.

Carimbo, assinatura e numero de CRM