

FICHA DE SINALIZAÇÃO

Nome da CRIANÇA:

Data de Nascimento: | |

NISS:

Filiação
.....

Morada (Completa):

Localidade:

Código Postal:-.....

Telefone:

E-mail:

Sinalizado por (Nome/Serviço):

Telefone:

E-mail:

É acompanhado pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce? Sim ☐ Não ☐

Motivo(s) da identificação para a resposta OUVIR+:

.....
.....

Problemas Associados e/ou de Desenvolvimento:

.....
.....

É acompanhado em Otorrinolaringologia? Sim ☐ Não ☐

Se sim, onde?

Antecedentes familiares/clínicos relevantes:

.....
.....

Data: | |

(Assinatura do Responsável da criança)

(Assinatura de quem referencia)