

# TERMO DE ENCAMINHAMENTO AO ECT

## Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico: CID 10:** \_\_\_\_\_

Patologias Associadas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Justificar a indicação para ECT:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Antecedentes Médicos e Anestésicos. Citar casos de alergia:

---

---

---

---

---

---

---

---

Foi submetido a ECT anteriormente? Em que período e qual foi o número de aplicações? Resposta terapêutica:

---

---

---

---

---

---

---

---

Medicações em uso nos últimos 30 dias:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura médico