



**Fundação Espírita Américo Bairral**

Rua Dr. Hortêncio Pereira da Silva, 313 • Centro

CEP 13970-905 • Itapira • SP

☎ 19 3863 9400

CNPJ: 49.914.773/0001-72

## TERMO DE ENCAMINHAMENTO AO ECT

### 1. Identificação do paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Diagnóstico: CID 10: \_\_\_\_\_

### 2. Patologias associadas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Justificar a indicação para ECT:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4. Antecedentes médicos e anestésicos. Citar casos de alergia:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---



**Fundação Espírita Américo Bairral**  
Rua Dr. Hortêncio Pereira da Silva, 313 • Centro  
CEP 13970-905 • Itapira • SP  
☎ 19 3863 9400  
CNPJ: 49.914.773/0001-72

---

---

---

---

**6. Medicamentos em uso nos últimos 30 dias:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura do médico