

ANEXO 1: PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR



Prefeitura do Município de Araucária
Secretaria Municipal de Saúde

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

NOME: _____ **IPM:** _____

Hipótese Diagnóstica: _____

UBS: _____

Equipe de referência: _____

DEMANDA: _____

OBJETIVOS: _____

ESTRATÉGIAS: _____

Reavaliação em: ____/____/____.

Data: ____/____/____.