|  |
| --- |
| Template – Segunda Opinião Formativa |
| **Pergunta original**(da teleconsultoria) |  |
| **Pergunta da SOF****(Adaptada da teleconsultoria)** |  |
| **Resposta direta** (resposta direta e sintetizada para a questão clínica, sem preâmbulos) |  |
| **Informações complementares**(Pontos de atenção, alertas, detalhamentos necessários - magnitude de efeitos, frequências, força da recomendação etc.  |  |
| **Comentários**(Quando necessário, apontar elementos de insuficiência ou de adaptação) |  |
| **Referências**(Citação dos estudos usados para respaldar a resposta, com o link e data do acesso) |  |
| **Profissional solicitante**(ex: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, etc) |  |
| **Descritores DECS**(se souber) |   |
| **Descritores CIAP2** |  |
| **Teleconsultor**(nome completo do(s) teleconsultor que elaborou a SOF) |  |
| **Área Temática** | Ver lista em: <https://aps.bvs.br/wp-content/uploads/2016/08/areas_tematicas_defini%C3%A7%C3%A3o.pdf> |
| **Núcleo de Telessaúde** |  |
| **Data de elaboração da SOF** |  |