|  |  |
| --- | --- |
| 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** |  |