
Rede SAMPA Trans

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA DE PESSOA EM HORMONIZAÇÃO

Nome social:

DN:

CPF:

CNS:

E-mail:

telefone:

1. Data do início do acompanhamento no Serviço de Saúde:
2. Demandas iniciais relevantes (uso de hormônios por conta própria ou com profissionais de saúde de outro local/quais/quando/por quanto tempo/uso de silicone industrial/próteses/qual seu desejo com a hormonização):
3. Descrever brevemente a hormonização na UBS/Serviço de Saúde (discriminar quais hormônios foram utilizados, dosagem, data do início, se houve intercorrências):
4. Referências de satisfação ou não e quais propostas foram feitas no planejamento do processo de afirmação de gênero:
5. Rede de apoio familiar/social:
6. Demais informações necessárias (acompanhamento em Saúde Mental/Saúde Geral /uso de medicação regular/ drogas)

Data:

Médico responsável pelo acompanhamento:

(assinatura e carimbo)