

Caro(a) Doutor(a),

Para o planejamento da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, devemos considerar as diversas modalidades disponíveis para suporte ao paciente em seu domicílio. Este formulário deve ser preenchido para casos que tenham necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar. **É importante reforçar que somente os cuidados básicos e suporte às atividades de vida diária (higiene, mobilização e alimentação por via oral ou enteral) não elegem o paciente para Atenção Domiciliar.**

Observações

1. Caso o paciente receba alta sem a liberação da operadora de saúde, poderá perder a elegibilidade para Atenção Domiciliar.
2. Havendo reinternação, nova solicitação deverá ser realizada para análise da operadora.

1	Endereço para Atendimento:		Cidade:	Estado:
2	Cuidado Domiciliar prévio?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, empresa:
3	Tempo previsto para Atenção Domiciliar:		Data prevista para Alta Hospitalar:	
4	Possui Cuidador identificado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
5	Diagnósticos:			
6	Antecedentes:			
	<input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> IRC Dialítica
	<input type="checkbox"/> AVCi	<input type="checkbox"/> AVCh	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HAS
	<input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Asma
	<input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> IRC Não Dialítica
				<input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar
7	Estado Clínico Atual:			
8	Grau de Atividade de Vida Diária:			
	<input type="checkbox"/> Dependente Total	<input type="checkbox"/> Dependência Parcial	<input type="checkbox"/> Independente	
9	Recursos Humanos Sugeridos:			
	<input type="checkbox"/> Enfermagem	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input type="checkbox"/> Médico	
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia Respiratória	<input type="checkbox"/> Fisioterapia Motora	<input type="checkbox"/> Fonoterapia	
	<input type="checkbox"/> Outro Profissional:			

10	Suporte Ventilatório:	<input type="checkbox"/> Aspiração de Vias Aéreas ____ x/dia	<input type="checkbox"/> Traqueostomia
		<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica	<input type="checkbox"/> Cateter Nasal
		Oxigênio: ____ l/min	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Contínuo
		BIPAP / CPAP:	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Contínuo
		Nebulização:	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Contínuo
11	Terapia Nutricional:	<input type="checkbox"/> SNE/SNG/Oral	<input type="checkbox"/> NPT
		<input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Jejunostomia
12	Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade:	<input type="checkbox"/> Medicação, Dosagem e Frequência da Administração:	
		<input type="checkbox"/> EV	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
		Acesso Venoso: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central	Tipo:
		Data Início: _____	Data Término: _____
		<input type="checkbox"/> SVA intermitente ____ x/dia	<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Diálise Peritoneal
		<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia
		Curativo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Locais:
13	Necessita de Remoção:	<input type="checkbox"/> Condução Própria	<input type="checkbox"/> Ambulância Simples <input type="checkbox"/> Ambulância UTI
Observações:			
Data ____/____/____		_____ Médico (Carimbo e CRM Legível)	