



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE À ATENÇÃO DOMICILIAR

CÓDIGO/VERSÃO/REVISÃO
FOR.002.ADM.ATD.LAR
V.08 R.00 17/07/2023

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

ÁREA: UNIMED LAR

SERÁ NECESSÁRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS PARA ACEITAÇÃO DO FORMULÁRIO PELO SERVIÇO.

() UNIMED FORTALEZA () OUTRA UNIMED: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO HOSPITAL: _____ LEITO: _____ POSTO DE ENFERMAGEM: _____ TELEFONE DO POSTO: _____

NOME COMPLETO: _____ PREVISÃO DE ALTA: _____

NÚMERO DA CARTEIRA: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____ COMPLEMENTO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____ BAIRRO: _____

TELEFONES: RESIDENCIAL: _____ - _____ CELULAR: _____ - _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ CELULAR: _____ - _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

DIAGNÓSTICO E CO-MORBIDADES

RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES (ÚLTIMAS 72H)

DEAMBULAÇÃO	TRAQUEOSTOMIA	VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	OXIGENOTERAPIA
() ACAMADO () DEMABULA	() SIM () NÃO	() NÃO () SIM	() NÃO () SIM
VIA DE ALIMENTAÇÃO	ENCONTRA-SE CLINICAMENTE ESTÁVEL (SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA, METABOLICAMENTE COMPENSADO E SEM INSTABILIDADES ORGÂNCIAS)?		() SIM () NÃO
() ORAL () Sonda () NPT			

TEM INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS? () SIM () NÃO

SE SIM, DESCREVA COM MÁXIMO DE DETALHES ESTÁGIO ATUAL DA DOENÇA DE BASE, PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS, NÍVEL DE ACEITAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVO PELO PACIENTE E FAMILIARES.

POSSUI CUIDADOR DESIGNADO PELA FAMÍLIA E FAMILIAR RESPONSÁVEL? () SIM () NÃO

PARTICIPOU DO PROGRAMA MEU CUIDADO SEGURO? () SIM () NÃO

CAMPO RESERVADO AO MÉDICO SOLICITANTE

DECLARO QUE A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR PASSARÁ A SER RESPONSÁVEL PELO PLANEJAMENTO DE CUIDADOS E ACOMPANHAMENTO DO(A) PACIENTE A PARTIR DA ADMISSÃO AO SERVIÇO.

DATA: ____/____/____ MÉDICO (CRM): _____ CELULAR: _____