



## Formulário de Assistência Domiciliar Terapêutica



\*NOME:

\*IDADE:

\*DATA DE NASCIMENTO:

\*NOME DO HOSPITAL:

\*N° DO CARTÃO:

\*MATRÍCULA:

\*ENDEREÇO:

\*Nº:

\*BAIRRO:

\*TELEFONE:

\*CELULAR:

\*RESPONSÁVEL LEGAL:

\*CPF:

\*RG:

\*QUADRO CLÍNICO: 

\*CID:

\*PROFISSIONAIS PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR:

Médico Clínico / Pediatra

Enfermeiro

Nutricionista

Fonoaudiólogo

Fisioterapeuta (motor e respiratório)



MEDICAMENTOS - Informar princípio ativo, concentração, quantidade e horários:



MEDICAMENTOS - Administração intravenosa.

EQUIPAMENTOS:

Concentrador de oxigênio

Cilindro 4m<sup>3</sup> (para uso ocasional em caso de queda de energia)

Cilindro 1m<sup>3</sup> para transporte

Ambu

Aspirador de secreção



IMAGEM ILUSTRATIVA

**MATERIAIS** - Informar quantidade mensal nas lacunas abaixo:

Luvas para procedimento. \_\_\_\_\_  
 Equipo simples para dieta enteral. \_\_\_\_\_  
 Seringa 60 ml. \_\_\_\_\_ ( ) Seringa 20ml. \_\_\_\_\_  
 Agulha. \_\_\_\_\_  
 Compressa de gaze estéril (pct 10 unid). \_\_\_\_\_  
 Sonda de aspiração (informar número). \_\_\_\_\_  
 Fralda descartável (informar tamanho). \_\_\_\_\_  
 Cloreto de sódio 0,9 10ml. \_\_\_\_\_  
 Fita micropore. \_\_\_\_\_  
 Fixador de traqueostomia. \_\_\_\_\_  
 Óleo de girassol. \_\_\_\_\_  
 Outros \_\_\_\_\_

Luvas plásticas estéril (informar tamanho. ( ) ) \_\_\_\_\_  
 Frasco para dieta enteral. \_\_\_\_\_  
 Seringa 10ml. \_\_\_\_\_

**DIETAS** - Informar composição e volume de infusão diária:

\*Fluxo de Oxigênio Domiciliar Indicado: \_\_\_\_\_ ( ) Oxigênio para transporte.

\*Gasometria Arterial: \_\_\_\_\_

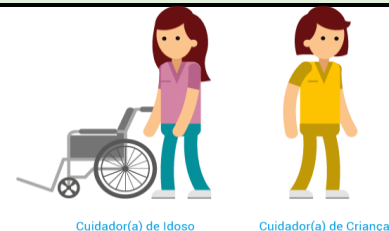
\*Justificativa para uso de Oxigênio terapia Domiciliar Prolongada: \_\_\_\_\_

Tratamento iniciado no hospital? ( ) Sim ( ) Não

\*Justificativa do uso do antibiótico: \_\_\_\_\_

**Elegibilidade ao Atendimento Domiciliar**

\*Apresenta Cuidador em período integral? ( ) SIM ( ) NÃO



\*O domicílio é livre de risco?

\*Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?

Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.

**CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

ESTADO NUTRICIONAL	EUTRÓFICO    SOBREPESO/EMAGRECIDO    OBESO/DESNUTRIDO
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	SEM AUXÍLIO    ASSISTIDA (    GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA    SNG/SNE
KATZ**	INDEPENDENTE    DEPENDENTE PARCIAL    DEPENDENTE TOTAL
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0 - 1 INTERNAÇÃO    2 - 3 INTERNAÇÕES    > 3 INTERNAÇÕES
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	AUSENTE    ATÉ 5 VEZES AO DIA    MAIS DE 5 VEZES AO DIA
LESÕES	NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS
MEDICAÇÕES	VIA ENTERAL INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA *** INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	AUSENTE    INTERMITENTE
USO DE OXIGENIOTERAPIA	AUSENTE    INTERMITENTE    CONTÍNUO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ALERTA    CONFUSO/DESORIENTADO    COMATOSO
USO DE TRAQUEOSTOMIA	SIM - QUANTIDADE DE ASPIRAÇÃO/DIA: _____ NÃO
VENTILAÇÃO MECÂNICA	SIM - INVASIVA    NÃO INVASIVA    NÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA